

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Michaela Kadlecová, DiS.

Zajištění dostupnosti základní zdravotní péče pro děti a mladistvé ze sociálně znevýhodněného prostředí

Ensuring Access to Basic Health Care for Children and Young People from
Socially Disadvantaged Backgrounds

Praha 2015

Vedoucí práce: prof. JUDr. Igor Tomeš, CSc.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 16. července 2015

.....
Jméno a příjmení

Poděkování

Ráda bych poděkovala prof. JUDr. Igoru Tomešovi, CSc. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnoval. Mé poděkování patří též azylovému domu Otevřené srdce, Kolpingovu domu a spolku Společnou cestou z. s. za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Klíčová slova (česky):

dostupnost, základní zdravotní péče, děti, mladiství, sociálně znevýhodněné prostředí

Klíčová slova (anglicky):

accessibility, basic health care, children, young people, socially disadvantaged backgrounds

Abstrakt (česky):

Diplomová práce se zabývá aktuálním stavem fungování zdravotnického systému péče o děti a mládež v České republice s ohledem na důsledky možného zanedbání zajištění základní zdravotní péče vyplývající z obtížné životní situace, a proto úzce související se sociální oblastí. Hlavním cílem práce je zmapovat, zda je současný systém natolik funkční, že nedochází k „propadu sítím“ sociálně znevýhodněných jedinců.

V teoretické části je pojednáno o problematice života sociálně znevýhodněných jedinců se zaměřením na rodinu a její specifika. Dále se práce zabývá pediatrikou a stomatologickou preventivní a léčebnou péčí, přičemž jsou kromě základních parametrů poskytování rozebrána též rizika při eventuálním zanedbání péče.

V řešení zadaného výzkumného cíle byla použita kvalitativní metoda pomocí rozhovorů s návodem. Zkoumaný vzorek byl složen jak z osob se zkušeností se sociálním znevýhodněním – konkrétně rodičů s dětmi z azylového bydlení, kde lze takovou zkušenost předpokládat, tak praktikujících lékařů, kteří s dětmi přicházejí poprvé a nejčastěji do styku – pediatrů a stomatologů, aby byl pohled na danou situaci co nejvíce komplexní.

Abstract (in English):

The thesis deals with the current state of the functioning of the health care system for children and youth in the Czech Republic with regard to the possible consequences of failure to provide basic health care resulting from difficult life situations, and therefore closely related to the social sphere. The main objective is to explore whether the current system is functional enough that there are no socially disadvantaged individuals “falling through a net”.

The theoretical part deals with the lives of socially disadvantaged individuals, with a focus on the family and its specifics. Furthermore the work deals with pediatric and dental preventive and curative health care. In addition to discussing basic parameters of the care, there are analyzed the risks for the eventual malpractice.

Solution of the research uses a qualitative method using interviews with instructions. Not only was the research sample composed of individuals with experience with social disadvantage - particularly parents with children from shelter homes where one can assume such experience, but also practicing doctors who come into the very first contact with children the most often - pediatricians and dentists so that the view on the situation is as complex as possible.

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	DEFINICE SOCIÁLNĚ ZNEVÝHODNĚNÉHO PROSTŘEDÍ A S NÍM SOUVISEJÍCÍCH JEVŮ V KONTEXTU RODINNÉHO ŽIVOTA.....	3
2.1	RODINA V OBTÍŽNÝCH ŽIVOTNÍCH SITUACÍCH	3
2.2	VÝZNAM RODINY V PÉČI O DÍTĚ A JEJÍ LIMITY	8
2.3	CO JE SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ?.....	10
2.4	SOCIÁLNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ V ZÁKONĚ MŠMT	15
2.5	SPECIFICKÁ SKUPINA MLADISTVÝCH ZE SOCIÁLNĚ ZNEVÝHODNĚNÉHO PROSTŘEDÍ.....	16
3	VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V SOCIÁLNÍCH SOUVISLOSTECH	19
3.1	ZDRAVÍ A JEHO OCHRANA	19
3.2	SOCIÁLNÍ ASPEKT ZDRAVÍ	22
4	PRÁVNÍ RÁMEC TÝKAJÍCÍ SE ZDRAVOTNÍ PÉČE O DĚTI A MLADISTVÉ V ČR	27
4.1	MEZINÁRODNĚ PRÁVNÍ RÁMEC OCHRANY DĚTÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	28
4.2	HISTORICKÝ KONTEXT PRÁVNÍHO RÁMCE ČESKÉ REPUBLIKY.....	30
5	DOPADY ZANEDBÁNÍ PREVENTIVNÍ A LÉČEBNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE... ..	33
5.1	OBLAST PEDIATRICKÉ PÉČE	33
5.2	OBLAST STOMATOLOGICKÉ PÉČE	35
5.3	VHLED DO SOUČASNÉHO STAVU PEDIATRICKÉ A DĚTSKÉ STOMATOLOGICKÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	39
5.3.1	<i>Očkovat či neočkovat?</i>	<i>44</i>
6	ZÚČASTNĚNÉ STRANY A JEJICH POVINNOSTI V OTÁZCE OCHRANY DÍTĚTE	46
6.1	OZNAMOVACÍ POVINNOST	46

6.2	SOCIÁLNÍ PEDIATRIE.....	47
6.3	ÚLOHA SOCIÁLNÍ PRÁCE V PÉČI O DĚTI A JEJÍ VARIANTY	47
6.3.1	<i>Školská sociální práce</i>	49
7	EMPIRICKÉ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	51
7.1	CÍL ŠETŘENÍ	51
7.2	METODY VÝZKUMU.....	51
7.3	VÝZKUMNÝ VZOREK	52
7.3.1	<i>Praktičtí lékaři pro děti a dorost</i>	53
7.3.2	<i>Stomatologové se zkušeností s dětskými pacienty.....</i>	55
7.3.3	<i>Rodiče s dětmi z azylových domů.....</i>	56
7.4	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	58
7.4.1	<i>Praktičtí lékaři pro děti a dorost</i>	58
7.4.2	<i>Stomatologové se zkušeností s dětskými pacienty.....</i>	72
7.4.3	<i>Rodiče s dětmi z azylových domů.....</i>	86
7.4.4	<i>Shrnutí.....</i>	96
8	ZÁVĚR	99
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	102
10	SEZNAM OBRÁZKŮ:	106
11	SEZNAM TABULEK:	106

1 Úvod

Již přes deset let je Česká republika součástí Evropské unie a přijala mnoho smluv a úmluv pro dosažení společných cílů. Jednou z nich je také naplňování základních evropských sociálních hodnot, mezi něž patří rovněž právo na zdraví. Toto absolutní právo je součástí Listiny základních práv a svobod České republiky a s jeho úspěšným naplňováním mohou souviset i další okolnosti.

Česká republika je vyspělou zemí s vysokou úrovní poskytované zdravotní péče. Nicméně je otázkou do jaké míry je vhodné nechávat odpovědnost na jednotlivých občanech kupříkladu v otázce péče o děti a mladistvé. Téma diplomové práce se zabývá aktuálními snahami České republiky o dosažení souladu se zásadami Úmluvy o právech dítěte. Po roce 1989 byly postupně měněny různé do té doby navyké způsoby ochrany dětí, které měly být nahrazeny jinými fungujícími mechanismy. Cílem diplomové práce je zjistit, zda k tomuto procesu skutečně došlo a bylo dosaženo patřičného stavu, ve kterém nedochází k propadu jedinců záchrannou sítí například z důvodu sociálního znevýhodnění.

Práce se zaměřuje na specifickou oblast základní zdravotní péče pro děti a mladistvé, protože následky, ke kterým může docházet při zanedbání v této oblasti, jsou zpravidla nevratné a mohou danou osobu poznamenat na celý život, případně ztížit její uplatnění ve společnosti apod. Navíc je pro tuto cílovou skupinu typická závislost na jiné osobě (zpravidla rodiči) a s tím související omezené možnosti naplňování vlastních potřeb.

Teoretická část je věnována vymezení klíčových pojmů, jako je základní zdravotní péče či sociální znevýhodnění a s ním související jevy s ohledem na rodinnou problematiku. Dílčím cílem je detailně rozebrat jednotlivé zákony týkající se dané oblasti a následně se zaměřit na zúčastněné strany a jejich pravomoci ve vztahu k dítěti a možnému zanedbání jeho zdravotní péče. Kdo je zodpovědný za naplňování jednotlivých úkonů? Kdo vykonává kontrolní funkci a jaké má možnosti pro uskutečnění nápravy stavu? Nedomáhá se k nejasnosti v otázce odpovědnosti? Jsou ochranné mechanismy dostatečně účinné?

Ve výzkumné části se zaměříme na zmapování reálného stavu v současné praxi České republiky. Vyslechneme obě zúčastněné strany, jak lékaře, kteří nejčastěji s dětmi přicházejí vzhledem ke svému zaměření do styku, tak rodiče dětí, pocházejících ze sociálně znevýhodněného prostředí. Po porovnání zkušeností obou stran budou ze získaných

výsledků vyhodnoceny závěry s ohledem na informace pojednávány v teoretické části diplomové práce. Výstupem bude zmapování situace ve zkoumané lokalitě a upozornění na limity současného stavu, který může odhalit případné latentní problémy na celém území České republiky. Jelikož byla jako zkoumaná lokalita zvolena oblast hlavního města Prahy, kde bývá situace v mnoha ohledech příznivější v porovnání s dalšími okresy či kraji, lze předpokládat, že případné obtíže zjištěné v rámci výzkumného šetření mohou být v dalších oblastech na území České republiky mnohem závažnější.

2 Definice sociálně znevýhodněného prostředí a s ním souvisejících jevů v kontextu rodinného života

Listina základních práv a svobod České republiky se svým obsahem shoduje se základními hodnotami Evropské unie, jež jsou zároveň paradigmaty evropského sociálního modelu. Bez nalezení shodného konceptu by se nikdy nemohla stát její součástí. Proto veškerá činnost České republiky směřuje k ideálu zachování a udržení principů rovnosti, důstojnosti, svobody, solidarity a participace jakožto obecných hodnot společnosti. (Tomeš 2011)

V této kapitole si ukážeme oblasti, v nichž je dosahování ideálů obecných evropských hodnot obtížnější. Vysvětlíme si, za jakých podmínek, v jakých situacích a z jakých důvodů může docházet k nesouladu. Nejprve se zaměříme na rodinu s dětmi a problémy, s nimiž se v současnosti může potýkat, následně detailně rozebereme koncept sociálního vyloučení a s ním související jevy, včetně jeho definice.

2.1 Rodina v obtížných životních situacích

“Rodina je univerzální fenomén všech lidských společností. Struktura a fungování rodiny přímo souvisí s tím, jak je strukturovaná a jak funguje společnost. Pro současnou moderní společnost – podporující individualismus a orientaci na pracovní úspěch – je typická rodina malá a proměnlivá,” píše Matoušek (2014: 17) a dále vysvětluje, že ačkoliv je rodina společenskou institucí, můžeme ji v současnosti definovat spíše jako společenství lidí, kteří se jako rodina cítí.¹ Ani legalizace svazku mezi dospělými, ani biologická příbuznost mezi dětmi a rodiči již dnes není přiměřeným měřítkem. Často se stává, že například nový partner matky se ujme role otce jejích dětí, ačkoliv se neangažuje ve výchově svých vlastních biologických dětí z předešlého svazku. Nebo jeden z partnerů z rodiny odchází a jeho role je nahrazena jiným příbuzným ze strany setrvávajícího rodiče. Matoušek (2014) dává jako příklad i společně žijící homosexuálně orientované páry, které uplatňují nárok být pokládány za rodinu a moci kupříkladu osvojit dítě do společné péče.

¹ Tomeš (2011: 187) potvrzuje, že *„neznáme univerzální, obecně uznávanou nebo platnou definici rodiny“*. Nový občanský zákoník z roku 2014 se sice zabývá rodinným právem, ale jednoznačnou definici rodiny rovněž neobsahuje. Pouze vysvětluje, že podle § 655 je založení rodiny hlavním účelem manželství a podle § 3 rodina požívá zvláštní zákonné ochrany. Nicméně jsou zde také detailně rozebírány vztahy mezi rodiči a dětmi a z nich vyplývající vzájemná práva a povinnosti, jež jsou pro rodinnou politiku klíčové.

Podle Bártlové (2009) došlo v historii na pozadí hospodářských změn k atomizaci rodiny, takže v současnosti převažuje rodina tzv. *nukleární*, která zahrnuje pouze dvougenerační soužití rodičů s dětmi. Možný (2011) upozorňuje na další skutečnosti vyplývající z vývoje rodiny v západní Evropě, jako je trvalý pokles počtu dětí v rodině, vysoká rozvodovost, nízká sňatečnost či zvyšování věku prvorodiček. To dle jeho názoru souvisí s celkovou individualizací evropské společnosti a proměnou hodnot a postojů. Kombinace toho všeho způsobuje destabilizaci rodinného zázemí.

Již v tradičních společnostech docházelo k usměrňování sociálního jednání jedinců formou **sociální kontroly**. Tu můžeme dle Koti (2004) rozlišovat dvojí:

- a) **neformální** – schvalující úsměv či přikývnutí, nebo naopak výsměch, pohrdání, úšklebky a klepy v každodenním životě (např. ve vlastní rodině, či v sousedství)
- b) **formální** – institucionalizovaná, kodifikovaná a zveřejňovaná např. ve formě práva, jenž je vymáháno policií a soudy, ale i činnost učitelů, lékařů apod.

„Primárním a nesmírně mocným činitelem sociální kontroly je proces socializace.“ (Kot'a in Jedlička a kol. 2004: 70) Tento proces utváření osobnosti člověka podle Matouška (2008) spočívá v osvojování si kultury a v začleňování jedince do systému společenských vztahů postupným vytvářením vazeb s jinými lidmi. Proto je rodina a její vliv na výchovu dítěte tak významným činitelem v životě dítěte. Dítě se v jejím prostředí učí od rodičů principům **sociálního fungování** ve společnosti. Osvojuje si schopnosti, jak rozeznávat a odpovídat na nároky prostředí, s čímž úzce souvisí schopnost navázat kvalitní společenské vazby a využít vlastní potenciál pro dosažení uspokojivé kvality života. (Matoušek 2008) To však předpokládá, že rodiče mají tyto principy osvojené a jsou schopni je aktivně využívat v reálném životě. Existují však situace, kdy rodiče mají určité nedostatky v této oblasti, což může mít následně dopad na celou rodinu včetně dětí.

Pokud dojde k nerovnováze v sociálním fungování rodiny, rodina může být tímto svým jednáním ohrožena, protože si není schopna najít odpovídající pomoc či využít stávající nabídky služeb. Může se jednat o různé typy *„ohrožení v závislosti na druhu interakce, resp. sféře fungování, již rodina nezvládá.“* Navrátilová (in Matoušek a kol. 2013: 360) Problematická může být například oblast *„bydlení, finance, výchova dětí, partnerské vztahy, vztahy k členům širší rodiny, vztahy k institucím, konflikty se zákonem, nemoci, závislosti“* apod., uvádějí Matoušek a Pazlarová (2010: 18) a upozorňují, že děti, žijící dlouhodobě v takovýchto ohrožujících podmínkách, bývají v dospělosti náchylnější k sociálnímu selhání.

Dojde-li k tomu, že se problémy z jednotlivých sfér kumulují, lze podle Matouška (2005) rodinu stíženou širším souborem problémů nazvat „*mnohoproblémovou*“. Typické pro takovou rodinu bývá, že se nachází v opakujících se krizích a zažívá mnohočetný stres. Ačkoliv se rodina může dostat ve fázi aktuální krize do kontaktu s pomáhajícími pracovníky, případné ztráty nejsou zužitkovány k osobnímu růstu, neboť tento kontakt je využíván pouze k jednorázovému vyřešení nejpalčivějších problémů někým jiným (např. sociálním pracovníkem), nikoliv k rozšíření palety strategií pro zvládání stresu.

Podle Tickell (2012) vlada v Anglii věří, že přes 120 000 tamních rodin má zkušenost s vícenásobnými problémy. Mnohoproblémové rodiny definuje podle toho, zda mají zkušenost s alespoň pěti z následujících charakteristik:

- žádný člen rodiny není zaměstnán,
- rodina žije ve špatném nebo přeplněném bydlení,
- ani jeden z rodičů nemá žádnou kvalifikaci,
- matka má problémy s duševním zdravím,
- alespoň jeden z rodičů je dlouhodobě nemocný, zdravotně postižený nebo oslabený (např. drogovou či jinou závislostí),
- rodina žije z nízkého příjmu,
- domácnost si nemůže dovolit celou řadu potravin a oblečení.

Podle Matouška (2005) můžeme rozeznat dvě oblasti potíží mnohoproblémových rodin:

1. vnitřní:

- nediferencovanost rolí, chaos,
- dezorganizace, dezintegrace,
- izolovanost jedinců, nejasnost komunikací,
- negativní emoční reakce, destruktivní konflikty,

2. vnější:

- sféry vzdělání a práce,
- hospodaření s penězi, provoz domácnosti,
- stravování, bydlení, výchova dětí, vztahy v širší rodině,
- kontakt s jinými lidmi, rodinami či institucemi.

A tak se v mnohoproblémových rodinách můžeme setkat s různými kombinacemi problémů, jako jsou *„zločinnost, závislost na návykových látkách, závislost na hazardních hrách, nezaměstnanost, prostituce, nechtěné, případně předčasné těhotenství, zanedbávání, týrání a zneužívání (jehož adresáty mohou být děti, střední generace i staří lidé), incestní chování k sourozenci, záškoláctví dětí, útěky dětí z domova, osobnostní poruchy, duševní nemoci, sebevražedné pokusy a sebevraždy, somatické nemoci, zdravotní a mentální postižení, poruchy chování u dětí, poruchy učení u dětí, předčasné ukončení vzdělávání u dětí a dospívajících aj“*. (Matoušek 2005: 76)

Mnohočetný stres mnohoproblémových rodin nemusí vždycky souviset s chudobou, nicméně nelze si nepovšimnout, že v mnoha případech jde ruku v ruce s nesnadnou finanční situací rodiny. Matoušek a Pazlarová (2010) vysvětlují, že vlivem ekonomické nouze se rodiče dostávají do takového stresu, že přestávají situaci mít pod kontrolou a *„vykazují některé specifické poruchy rodičovského chování“*, z nichž mohou vzniknout výše uvedené problémy. Dále autoři upozorňují na další často se objevující vlivy chudoby na děti, jako jsou například:

- předčasné narození s nízkou porodní váhou a zdravotními komplikacemi (např. fetální alkoholový syndrom, závislost na drogách),
- častější prožívání traumatických událostí, deprese, přejídání a další psychické problémy,
- horší školní výsledky (i v testech rozumových schopností), poruchy v rozvoji řeči,
- častější výskyt společensky nežádoucího chování.

Podle ředitelky Národního centra pro rodinu Oujezdské (in Baláz 2013) dochází ve společnosti k přehlížení výkonů rodiny, neboť prospívající rodina je obecně považována za soukromou záležitost, nikoliv za zdroj prosperity pro společnost. To způsobuje nedostatečné vyrovňávání nákladů rodiny, která je ohrožena vysokou mírou nezaměstnanosti či nedostatkem zkrácených úvazků pro rodiče malých dětí, nedostatkem dostupného bydlení a následně vysokou zadlužeností kvůli pořízení nákladného bydlení.

Tomeš (2011: 190) oponuje, že rodina ale skutečně je soukromou záležitostí, neboť právo na rodinu patří do soukromoprávní sféry jako základní občanské právo, které *„je nezadatelné, nepromlčitelné a neodnímatelné, ledaže by se jeho výkon dostal do střetu s nezadatelným právem jiného subjektu, např. práva dítěte na zdravý vývoj“*, a proto stát

v rámci veřejné rodinné politiky intervenuje, až teprve pokud je ohrožen nejlepší zájem dítěte.

„Jestliže je v rámci celé Evropské Unie ohroženo chudobou 19,3 % dětí žijících s oběma rodiči, mezi dětmi s jedním rodičem je to polovina (49,8 %)“, píše Pazlarová (2014: 108) a dodává, že nejtypičtějším příkladem rodiny s jedním rodičem je soužití matky s nezletilým dítětem/děťmi. Ministryně práce a sociálních věcí ČR Marksová (in Baláž 2014) potvrzuje, že nejvíce ohrožené jsou děti pocházející z rodin s jedním rodičem, zejména s matkou. Chudoba a dluhy jsou často způsobeny také neochotou partnera platit výživné na dítě. Pazlarová (2014) vysvětluje, že ačkoliv je neplacení výživného podle české legislativy trestným činem² a viníkovi hrozí trest odnětí svobody až na dva roky, neřeší takový trest bohužel aktuální životní situaci rodiny. *„Vymáhání alimentů by měl usnadnit zákon o zálohovaném výživném, na kterém náš resort také už pracuje,“* sděluje Marksová (in Baláž 2014: 8). Výživné tak bude samoživitelům a samoživitelkám poskytovat stát, který jej poté bude sám vymáhat na neplatiči.

Otázkou je, proč by měl stát suplovat plnění povinností za soukromé osoby v soukromé sféře, když sám disponuje jinými nástroji na podporu rodin, jež se obdobným způsobem dostanou do obtížné finanční situace. Mezi takové nástroje patří například **přídavek na dítě** – dávka poskytovaná pouze nízkopříjmovým rodinám s dětmi, které mají příjem do 2,4násobku životního minima, přičemž je výše dávky odstupňována podle věku dítěte, aby byly zohledněny rostoucí náklady vynakládané na vzdělávání dítěte. Dále je k dispozici **příspěvek na bydlení**, který vyrovnává náklady na bydlení těm, jejichž *„30 procent (v Praze 35 procent) příjmů rodiny nestačí k pokrytí nákladů na bydlení a zároveň těchto 30 procent (v Praze 35 procent) příjmů rodiny je nižší než příslušné normativní náklady stanovené zákonem“*. (Tomeš 2014: 147)

Pokud by ani tyto nástroje nestačily k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb rodiny, je možné využít pro dosažení důstojného životního minima **dávek v hmotné nouzi**. Tyto dávky podle Tomeše (2014: 230) rozeznáváme dvojí:

- a) periodické - **příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení,**
- b) jednorázové - **mimořádná okamžitá pomoc.**

² § 196 trestního zákona: Zanedbání povinné výživy.

2.2 Význam rodiny v péči o dítě a její limity

„Pečující osoba (tj. osoba žijící ve společné domácnosti s dítětem, které je s ní ve stálém kontaktu) je pro dítě klíčová,“ píše Matoušek (in Matoušek, Pazlarová a kol. 2014: 94) a vysvětluje, že interpersonální vazba (přimknutí, přilnutí), která mezi pečující osobou a dítětem vzniká, pomáhá dítěti překonávat případné nepříznivé vlivy. Pokud však dojde k nevhodnému zacházení ze strany pečující osoby, jsou následky výrazně nebezpečnější, než kdyby se takového chování dopustil „pouze“ cizí člověk.

Grimshaw (in Visser, Daniels, Cole 2012) potvrzuje, že pokud je v rodině dítěte aktivně přítomen tzv. „F“³ faktor, tak lze objektivně potvrdit výrazné zlepšení dítěte ve zkoumané oblasti. „F“ faktorem je míněna podpora rodičů v součinnosti se školou, kam dítě dochází. V rámci programu Family Works (probíhalo od roku 2002 do roku 2006 ve Velké Británii) zkoumali vliv spolupráce rodičů a školy na zlepšování studijních výsledků dětí ve vzdělávání a ten byl prokázán⁴. Pokud se rodiče aktivně angažují ve vzdělávání dítěte, dítě poté vzdělávání spatřuje v pozitivním světle a je k němu více vnímavé. Vedlejším ziskem je i navázání kontaktu s dalšími rodinami, možnost rozšíření rodičovské sociální sítě a spolupráce, výměna zkušeností a vzájemná výpomoc.

Dále bylo podle Grimshaw (in Visser, Daniels, Cole 2012) prokázáno, že u dětí z nízkopříjmových rodin je 2x větší riziko započetí studia s výchovnými problémy. Děti jsou zranitelné již tím, že nemají povědomí o určitých standardech chování, které jsou od nich následně ve škole očekávány. Tím může dojít k jejich stigmatizaci a znesnadnění startu ve vzdělávacím systému, jež může jejich studijní dráhu negativně poznamenat. Proto zde může být spolupráce s rodiči naprosto klíčová, neboť pokud si oni osvojí potřebná pravidla a předávají je dítěti také mimo školní prostředí, tak je dítě přijme jako něco samozřejmého a mnohem snáze se s nimi ztotožní.

Problematická je však situace, když rodiče nejsou příliš angažovaní v péči o dítě, natož v podpoře v rámci vzdělávání. Matoušek (in Matoušek, Pazlarová a kol. 2014: 106) se zmiňuje i o situaci, kdy může být dokonce rizikové či delikventní chování v rodině považováno za normální, a proto jako takové „*nevyvolává žádnou reakci, nebo dokonce vyvolá reakci pochvalnou (když např. dospívající přispěje do rodinného rozpočtu penězi,*

³ „F“ ve významu Family – rodina.

⁴ Například schopnost psaní u zkoumaných dětí byla následně o 10 % lepší, než jsou průměrné výsledky v dané oblasti, výsledky v oblasti čtení byly o 6 % lepší než u dětí, jejichž rodiče se nezapojili do programu.

které utržil za ukradené kolo)“. Kaplánek (in Matoušek a kol. 2013) uvádí příklad *děti ulice*, jejichž životním prostředím, kde realizují většinu svého života mimo oficiální struktury, je právě ulice. To však ne vždy znamená, že také přerušily kontakt se svou rodinou. Právě na základě intenzity vztahu s rodinou lze sledovat proces odchodu dítěte do prostředí ulice, tzv. kariéru dítěte ulice, jež je odvislá od mnoha faktorů. Odhadovaný počet těchto osob je v řádu tisíců, ne-li více.

Odchod dítěte z rodiny může být dobrovolný, ale také vynucený okolnostmi. Pokud dítě přebírá normy a hodnoty většinové společnosti, které nejsou v souladu s normami a hodnotami sdílenými v rodině, je pro něj jednodušší se zdržovat mimo rodinu. Vzhledem k neplnoletosti je však dítě na rodičích v určitých situacích závislé. Linková a Matoušek (in Matoušek, Pazlarová a kol. 2014: 74) uvádějí příklad nedostupnosti lékařského vyšetření v případě nezájmu rodiny: *„Ordinace jsou zpravidla otevřeny v hodinách, kdy probíhá výuka ve škole. Někteří školáci mohou využívat dopoledních prohlídek u lékaře k tomu, aby nemuseli být přítomni ve škole. I když kontrola u lékaře dopadne negativně, tedy žák není uznán jako nemocný, žák si nechá napsat omluvenku.“* Obrana škol před tímto typem záškoláctví je nasnadě, lékaři dostanou zákaz vydávat dětem omluvenky, pokud dorazí na vyšetření bez doprovodu rodičů. Tím pádem dítě, jehož rodiče nejsou z jakéhokoliv důvodu ochotni s ním lékaře navštívit, nemá možnost, jak potřebné péče dosáhnout.

Nosál (2014) upozorňuje na přehlížení potenciálu dítěte. Dle jeho názoru je dítě schopno podílet se na řešení problémů, které vedou k naplňování jeho nejlepších zájmů. Srovnává u nás převládající *„protektivní diskurz“*, kdy je dítě pouze pasivním objektem ochrany a péče, s participativními přístupy využívanými ve Švýcarsku. Tam není participace dítěte jen formálně proklamovaným právem zakotveným v Úmluvě o právech dítěte či jiných zákonech, ale dominantní kulturou, jež pravděpodobně vychází z obecné participativní občanské kultury Švýcarů. Pokud dítě či mladistvý zažije smysl těchto procesů (sebeurčení a participaci), pochopí, jakou hodnotu má angažování se jak pro sebe sama, tak pro ostatní.

2.3 Co je sociální vyloučení?

Zaměříme-li se v obecné rovině na vymezení základních termínů jako je sociální znevýhodnění či sociální vyloučení, můžeme si povšimnout nejednoznačného vymezení rozdílu mezi těmito dvěma pojmy.

Pokud srovnáme například tvrzení Nedbalové (2010: 2)

„Mezi sociálně znevýhodněné skupiny lze řadit skupiny osob, které nemají úplný a rovnoprávný přístup k základnímu sociálnímu zabezpečení (podpora v nezaměstnanosti, dávky hmotné nouze). Patří sem mnoho skupin, které ve společnosti nemohou využívat všech občanských práv. Důvodem může být cílená diskriminace ze strany státního aparátu nebo také předsudky společnosti.“

s tvrzením Touška (2007: 6)

„Sociálním vyloučením (exkluzí) rozumíme proces, kdy jsou jednotlivci či celé skupiny vytěsňovány na okraj společnosti a je jim omezován nebo zamezen přístup ke zdrojům, které jsou dostupné ostatním členům společnosti.“

Pro oba termíny je v pojetí obou autorů společný jeden hlavní rys – zamezení přístupu ke zdrojům. Toušek (2007) a Nedbalová (2010) se shodují v tom, že sociální vyloučení je relativně novým pojmem, přičemž podle Nedbalové (2010) není například pojem sociálně znevýhodněné skupiny stále přesně definován a hranice mezi sociálním znevýhodněním a vyloučením není zcela jasně vymezena. Vzhledem ke společné podstatě obou termínů, tj. zaměření na dostupnost zdrojů a služeb, je lze považovat za synonyma. Pouze platí, že sociální znevýhodnění⁵ je mírnější varianta či předstupeň k sociálnímu vyloučení.

Mareš (1999) uvádí, že termín sociální exkluze nahradil dříve užívaný termín chudoba, který dostatečně nevystihoval danou problematiku. Koncept chudoby příliš

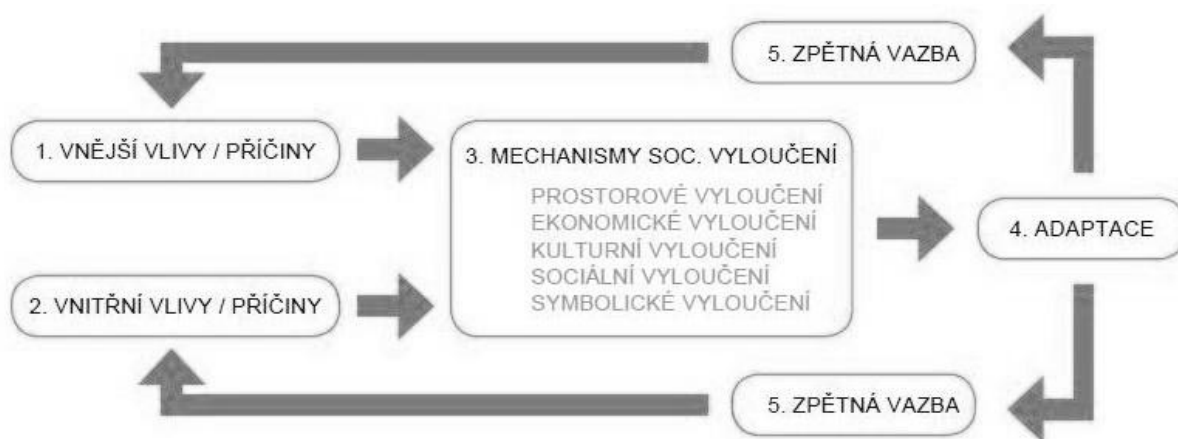
⁵ V rámci této práce je odkazováno k obsahu termínu sociální znevýhodnění ve významu, v němž ho běžně užívá Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy pro definici specifické skupiny žáků v oblasti vzdělávání (viz následující kapitola).

zdůrazňoval materiální nedostatek lidí, žijících na okraji společnosti, přičemž opomíjel jeho příčiny a další jevy s ním související. (Toušek 2007)

Podle Tomeše (2011) je chudoba definována jako omezená dostupnost zdrojů, základních služeb či zdravého životního prostředí, přičemž jako pojem je podstatně širší než obsah termínu sociální exkluze a nelze tak jeden za druhý zaměnit.

Avšak i koncept sociálního vyloučení byl v historii kritizován a to pro svou vysokou obecnost a nejasnost, ale také ideologické zabarvení: „*Paradoxně byl současně kritizován jak pro svou levicovost, tak pro snahu odvádět pozornost od problémů chudoby*“ (Hora in Matoušek a kol. 2013: 232)

Následující schéma poslouží k pochopení provázanosti jednotlivých aspektů souvisejících se sociálním vyloučením a jejich vzájemného posilování:



Obrázek 1: Multidimenzionalita sociálního vyloučení (Toušek 2007: 7)

Podle Touška (2007) dochází k vytěsňování osob na okraj společnosti **vyloučením**:

- prostorovým** – nemožnost vybrat si svobodně oblast pro bydlení (vznik sociálně vyloučených lokalit),
- ekonomickým** – neparticipace na pracovním trhu a s tím související chudoba (omezení příjmů, zadluženost, ztráta bydlení a z toho vznikající závislost na dávkách či orientace na sféru černého trhu práce),
- kulturním** – omezení přístupu ke vzdělání a znalostem (neúčast na kulturním kapitálu společnosti),
- sociálním v užším smyslu** – snížení počtu společenských styků s dalšími lidmi a jejich omezení na kontakty s osobami, jež se nacházejí v obdobné situaci a postavení,

- e) **symbolickým** – stigmatizace související se sociálním statutem jedince či jeho etnicitou, probíhající ve formě přisuzování jedincům významy a charakteristiky, na jejichž základě je s nimi zacházeno, i když nejsou založeny na pravdě.

„Dlouhodobý pocit, že člověk nemá ve společnosti místo, je zdrojem chronického stresu. Příčiny sahají od individuálních až po systémové. Konkrétněji: nízké sebevědomí, nízký příjem, nedokončené vzdělání, nedostatečné sociální dovednosti, špatné duševní a tělesné zdraví, špatné bydlení, vysoký věk, vysoká úroveň kriminality v místě, nefunkčnost rodiny, závislost na návykových látkách, nezaměstnanost, chybějící zdravotní a sociální pojištění aj.“ Matoušek (2008: 205)

V reakci na sociální vyloučení si jedinec osvojuje určité maladaptivní vzorce jednání, kterými reaguje na vzniklou specifickou situaci. Toto přizpůsobení se situaci sociálního vyloučení však nemusí být v souladu s normami a hodnotami většinové společnosti, a proto může být nahlíženo negativně. Následná reakce společnosti se může projevit uzavřením dalších cest ke standardnímu řešení některých problémů (vznikem nového dílčího vyloučení). (Toušek 2007)

Mareš (1997) vysvětluje, že důležitým v tomto směru je také koncept občanství, jehož ústřední myšlenkou je participace na všech právech (občanských, politických a sociálních)⁶, díky nimž má jedinec zajištěn rovněž podíl na určitém životním stylu a sdílení společné kultury. Z toho jedinci vyplývají také povinnosti (např. placení daní). Úplný občanský status lze získat, pokud je jedinec schopen dostát svým povinnostem a uplatnit svá práva, což však vyžaduje určité předpoklady (zdraví, určitá úroveň příjmů a informace např. ve formě vzdělání). Pokud má být občanství univerzální, je nezbytné, aby bylo umožněno celé dospělé populaci naplnit jeho status. O to se stará stát prostřednictvím redistribučních mechanismů, a tak bývá sociální vyloučení považováno spíše za důsledek selhání některého ze systémů (např. trhu práce, sociálního státu či demokratického a legislativního systému), než jako osobní selhání jedince.

⁶ Pro srovnání: Tomeš (2011: 17) definuje přirozená lidská práva a základní hodnoty evropské sociální doktríny na základě historického odkazu k heslu francouzské revoluce „*rovnost, volnost, bratrství*“, jež lze přeložit jako „rovná práva, svoboda, solidarita“, k čemuž přidává ještě *participaci*, tj. *účast na věcech veřejných*. Právo občana účastnit se věcí veřejných však bylo poprvé vyhlášeno již v roce 1776, tedy před Velkou francouzskou revolucí, v Deklaraci nezávislosti Spojených států amerických.

V tradičních společnostech měli obyvatelé více možností chránit se před sociální exkluzí, protože zpravidla pracovali na vlastní půdě a žili ve vlastním obydlí, takže při horší úrodě se stále byli schopni alespoň uživit, i když si nevydělali nic navíc. Ve vysoce průmyslově rozvinutých zemích proto postihuje ekonomická deprivace obyvatele mnohem více. Tomeš (2011) upozorňuje i na problematiku současné ekonomické globalizace, která spolu se svobodným trhem prohlubuje sociální problémy. Způsobuje zvětšování sociální vzdálenosti mezi bohatými a chudými a hrozí růstem sociálního napětí⁷. Zároveň sociální pokrok není možný bez přítomnosti technického a ekonomického pokroku. Aby se sociálního pokroku dosáhlo, je však nutné také sociálně regulovat trh pro vyrovnaní rozdílů také mezi jednotlivými zeměmi, protože se sílícím napětím by byla ohrožena tak či onak životní úroveň rozvinutých zemí.

Když se v minulosti nevydařila úroda kupříkladu kvůli špatnému počasí, nebylo to bráno jako vina hospodáře, zatímco dnes, pokud je někdo vyloučen dlouhodobě z trhu práce, bytostně se to dotýká jeho identity⁸. Necítí se dostatečně hodnotný pro pracovní trh, a tím pádem není schopen zajistit svou rodinu. Být chudým je znakem vlastního osobního selhání. Nikdo nechce být považován za neschopného, a proto se snaží zaopatřit se jinými způsoby, když ty standardní selhaly. Pokud najde jiné funkční cesty a profituje z nich, používá je, i když nejsou schvalované většinou společnosti jako legitimní řešení dané situace.

Tento způsob života Mareš (in Matoušek a kol. 2013) vysvětluje použitím konceptu „**kultury chudoby**“ Oscara Lewise jako adaptaci na podmínky, v nichž jsou obyvatelé nuceni žít. Jsou využívány obranné mechanismy, bez kterých by ve svém prostředí nemohli přežít, ale které jsou zároveň překážkou v kontaktu s majoritní společností a navíc znemožňují rozpoznat a využít několika náhodných šancí, jež by jim mohly pomoci k úniku z tohoto nehostinného prostředí. Život v kultuře či subkultuře chudoby se vyznačuje tvorbou určitých hodnot, postojů a způsobů chování, které se předávají z generace na generaci. Děti se od svých rodičů učí již vyzkoušeným postupům a ani nezkoušejí jiné možnosti, ačkoliv by se v jejich případě mohly ukázat jako účinné a společensky legitimní. Realita života rodičů je brána jako jejich budoucí realita, kterou nelze změnit a lze se s ní pouze smířit.

⁷ Dokládá to například rostoucí migrace z Asie a Afriky do Evropy, které jsme svědky v současné době.

⁸ To však neznamená, že by to bylo vždy explicitně považováno za jeho vinu.

Matoušek a Pazlarová (2010) upozorňují na to, že nelze přímočaře spojovat subkulturu chudoby s odlišnou etnicitou. Tomeš (2011: 235, 236) toho potvrzuje výčtem skupin osob, které jsou sociálně vyloučeny pro svou chudobu: „*Jsou to především lidé, kteří jsou chudí, protože mají dvě a více dětí, nebo jsou staří, zdravotně postižení či sociálně zanedbaní.*“ Vašečka (in Matoušek a kol. 2013) toto uskupení z hlediska širšího pojetí zjednodušeně nazývá **sociální menšinou** a kromě zdravotně handicapovaných a starých osob sem zařazuje dále také osoby bez domova, osoby s nízkými příjmy, extrémně chudé, dlouhodobě či opakovaně nezaměstnané, osoby pracující mimo primární pracovní trh, osoby psychicky nemocné, drogově závislé a menšinové skupiny vznikající na základě odlišné sexuální orientace.

Podle Hrubce a Vrabce (2014: 49; 53) „*nezaměstnanost už není jen dočasnou nahodilou záležitostí, ale trvalým systémovým problémem, který se týká velkého množství lidí, včetně občanů České republiky*“, protože „*ekonomika není schopna zajistit plnohodnotnou placenou práci všem občanům*“. Sen průmyslové éry o tom, že stroje budou pracovat za lidi, se vydařil, bohužel však zisky nejsou rovnoměrně rozděleny a jejich koncentrace v rukou úzké ekonomické elity mimo jiné způsobuje, že obecně dominuje hodnota směnná nad hodnotou užitnou. (Wagnerová 2014)

„*Společenská prospěšnost určité činnosti je dnes paradoxně zanedbatelným faktorem, který má na finanční ohodnocení velmi malý vliv, pokud vůbec nějaký*“, píše Uhde (2014: 58) a upozorňuje na problematiku osob pečujících o závislé členy společnosti, kteří jsou nedoceňováni, společensky zneuznáni (jejich činnost nebývá považována za plnohodnotnou práci) a často stigmatizováni jako příživníci.

To by mohla změnit myšlenka **nepodmíněného základního příjmu**⁹, jejíž kampaň probíhala v roce 2013 ve všech zemích Evropské unie. **Iniciativa evropských občanů za nepodmíněný základní příjem** jej definuje jako „*příjem, který dostává každý občan, nezávisle na své ekonomické situaci či jiných podmínkách, a který mu umožňuje zajistit důstojný život ve společnosti*“. Hrubec a Brabec (2014: 50) se domnívají, že „*jeho zavedení může zvýšit svobodu občanů*“, které nelze dosáhnout bez potřebných prostředků. Zároveň by se tím podle nich zvýšila rovnost občanů v rámci naplňování jednoho ze základních ústavních práv – právo na (důstojný) život – a mělo by to také pozitivní význam ve změně mocenské rovnováhy v rámci pracovního vztahu a to ve prospěch zaměstnanců.

⁹ <http://www.vseobecnyzakladniprijem.cz/>

Zaměstnavatelé by byli nuceni zvyšovat mzdy a zlepšovat pracovní podmínky, obzvláště u nekvalifikované práce.

„Jde o flexibilnější a méně byrokratické řešení než odbory navrhané paušální zkrácení pracovního týdne,“ píše Kroh (2014: 56) a dodává, že nezaměstnanost by se tím dle jeho názoru celkově výrazně snížila, protože by se kompletní fond nutné pracovní doby rozdělil mezi více osob z důvodu zvýšení poptávky po částečných pracovních úvazcích.

Otázka zavedení nepodmíněného základního příjmu s sebou nese i spoustu realizačních a etických otázek. Wagnerová (2014: 63) popírá, že by člověk byl *„ve své podstatě líný tvor, jehož je potřeba k práci nutit“*, ale naopak práci potřebuje pro svou seberealizaci. I přesto však upozorňuje na potřebu *„změny paradigmatu ve smyslu obratu ke společnosti, v níž uspokojování potřeb individua je součástí směřování k obecnému blahu“*. Na změně hodnotových orientací společnosti je potřeba dlouhodobě pracovat a tak i zavádění základního příjmu by muselo být dle jejího názoru postupné (např. jen pro určité společenské skupiny či regiony; zpočátku s malými sumami, které by se postupně zvyšovaly). Kroh (2014: 56) souhlasí, že nepodmíněný základní příjem *„prostě není kompatibilní se společností zahálčivých individualistických egoistů“* a zdůrazňuje, že lidé si nejprve musí uvědomit vzájemnou podmíněnost svobody a odpovědnosti.

Uhde (2014) kupříkladu otevírá otázku problematikou volby zaměstnání. Pokud by člověk byl finančně zajištěn pro základní obživu, mohl by si pak vybírat pouze povolání, která jsou pro něj zajímavá, příjemná či lukrativní. Jakým způsobem by byly zajišťovány pracovní pozice, jež jsou fyzicky a psychicky výrazně náročnější než jiné a i dnes je obtížné pro ně obstarat dostatečné personální zajištění? Kroh (2014) se rovněž zamýšlí nad otázkou, jakým způsobem by v takové situaci společnost/stát mohl/a zajistit dostatečnou zaměstnanost, neboť finanční prostředky pro nepodmíněný základní příjem si musí společnost nejdříve vyrobit/vydělat, aby je poté mohla přerozdělovat, a to nelze bez práce.

2.4 Sociální znevýhodnění v zákoně MŠMT

Konkrétní definici sociálního znevýhodnění můžeme získat ze **školského zákona č. 561/2004 Sb.**, kde jsou děti/žáci/studenti se sociálním znevýhodněním definováni v paragrafu 16. Tato část zákona je zaměřena na *„Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami“*. Zákon tedy připouští, že žáci ze sociálně znevýhodněného prostředí vyžadují speciální péči, která bude zohledňovat jejich životní situaci.

Sociálním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona:

- a) *rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy,*
- b) *nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo*
- c) *postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu.*

Moussová (2009) poukazuje na to, že kategorie sociálně znevýhodněných dětí často splývá s kategorií minoritní skupiny romských dětí. To však může být zavádějící. Náležitějším synonymem jsou spíše děti z *nepodnětného prostředí*. To může být způsobeno nízkou vzdělaností úrovní rodičů, nedostatečným zájmem o dítě a jeho vzdělávání, ale také konzumním stylem života. Pokud dítě není dostatečně stimulováno a má omezené příležitosti k učení, rozumové schopnosti se vyvíjejí nedostatečně. Může trpět komunikačními obtížemi jako je chudá slovní zásoba a nerozvinutý komunikační kód. Obzvláště vzdělání matky je v predikci školního výkonu mnohem významnější skutečností než sociálně ekonomický status, neboť limitujícím faktorem školního výkonu je spíše míra kulturní deprivace než deprivace finanční. (Vocilka 1997)

„Se školním úspěchem souvisejí i chování a sociální přijetí spolužáky,“ sděluje Moussová (2009: 28) a dodává, že pokud žák nezapadne do kolektivu a jeho chování je následně opakovaně vyhodnocováno jako problémové, často v těchto případech jde ruku v ruce i se špatným prospěchem. Negativní hodnocení v chování totiž může ovlivňovat hodnocení v prospěchu, neboť role žáka je definována také jeho projevy a konformitou k požadavkům učitele.

2.5 Specifická skupina mladistvých ze sociálně znevýhodněného prostředí

„Adolescence“¹⁰ je nejasně definované období mezi stavem „dětství“ a „dospělosti“; mezi závislostí a nezávislostí,“ píše Dean (in MacDonald 1997: 55) a poukazuje na nejednoznačné pojetí termínu „mládež“, jehož význam vznikl na základě měnící se politické ekonomie domácnosti a trhu práce. Když se začala historicky poprvé

¹⁰ V originále „Youth“.

legislativně omezovat práce dětí a mladistvých, bylo potřeba prodloužit období jejich závislosti na rodičích, aby byli zajištěni. Vznikala protektivní opatření umožňující absolvovat dětem a mládeži povinné vzdělávání a ochránit jedince pocházející z chudých vrstev. Zároveň však systém trestní justice usiloval o definici delikventní mládeže z důvodu ochrany společnosti před jejími činy. V průběhu 20. století došlo k pokusu sloučit tato ochranná i obranná opatření do jednoho. Mládež je tedy trestně odpovědná za své činy, ale zároveň by měla mít nárok na zajištění svých sociálních práv a určitou ochranu.

Podle Tomeše (2011: 207) je za dítě „*považován jedinec do 18 let, který je svou výživou závislý na podpoře rodiny (nezaopatřené dítě)*“. Mládež zahrnuje „*jedince ve věku 15-18 let, popř. 26 let, pokud se připravují na budoucí povolání a nejsou výdělečně činní*“. Vzhledem k tomu, že ve většině států platí presumpce závislosti dospělého jedince (zpravidla ukončené 26. rokem věku), pokud se studiem připravuje na budoucí povolání, kategorie „*nezaopatřené dítě*“ najednou pojímá jak dítě, tak mládež, ale i dospělého jedince.

„*Období dospívání, zvláště jeho vrcholící etapa, je charakterizováno procesem sociální a profesionální vyzrálosti, který může být vnímán částí mládeže jako zatěžující (např. snahy o finanční nezávislost na rodině, vlastní bydlení, ukončení studia, příprava na povolání)*,“ píše Kasal (in Matoušek a kol. 2013: 347) a vysvětluje, že v případě spolupůsobení více faktorů, může dojít k selhání mladistvého v sociální i psychické oblasti a následně ohrožení jeho další životní dráhy. V období dospívání je relativně obvyklé rizikové chování, jimiž jsou naplňovány emociální potřeby mladistvého jako je již výše zmíněná potřeba nezávislosti (nejen finanční), potřeba sebepotvrzení a také uznání vrstevnickou skupinou. Rizikovost dnešní společnosti se přenáší taktéž na mládež. Spočívá v dobové absenci autorit, silných masmediálních vlivech, nadprodukci zboží a informací, jež vrcholí v přesunu odpovědnosti na jedince. Obtížnost volby je v době dospívání o to výraznější, neboť mladiství nedisponují širokou životní zkušeností a jsou významně formováni prostředím, do něhož se narodili.

Často se lze podle Williamsona (in MacDonald 1997) setkat s názorem, že pokud se mladí lidé rozhodnou nevyužít svých příležitostí (např. k odborné přípravě pro budoucí povolání apod.), je to jejich volba, ale také jejich problém. Dále hovoří o tzv. **Statusu Zer0**, jímž se pojmenovávají mladiství, kteří nestudují, nepřipravují se na budoucí

povolání a zároveň žádné zaměstnání nevykonávají. V současné době je více využíváno označení **NEET** jako zkratka pro: „*Not in Education, Employment, or Training*“.

Matoušek (2013b: 99) upozorňuje na vysoké procento nezaměstnané mládeže oproti například nezaměstnaným lidem vyššího věku a to ve všech členských zemích Evropské unie (Česká republika obsadila mezi zeměmi EU 20. příčku s 19 % nezaměstnaných mladých lidí). Přitom právě mladí lidé bez zaměstnání a zároveň se neúčastníci vzdělávání „*jsou právem pokládáni za ohrožené. Odpojují se od hlavního proudu společnosti a snadno podlehnou nějakému druhu sociální deviace.*“ Nevyjímaje obecně působící vlivy dlouhodobé nezaměstnanosti, na jejichž základě dochází ke změně životních návyků, zhoršování dovedností a klesání motivace pro hledání práce.

Rizikové chování není podle Kasala (in Matoušek a kol. 2013) definitivním stavem vzniklým na základě působení negativních vlivů z minulosti, ale je třeba ho vnímat jako dynamický proces vyvíjející se v čase a zbytečně ho nedémonizovat. Rizikovost v chování mladých lidí většinou postupně vymizí s dosažením dospělosti.

3 Vymezení základní zdravotní péče v sociálních souvislostech

Již v úvodu této diplomové práce byla zmínka o tom, že právo na zdraví je v rámci Evropské unie zařazováno mezi základní sociální práva, k čemuž dochází i ve většině dalších mezinárodních dokumentů. (Tomeš 2014) Pro komplexní pochopení oblasti práva na zdraví je důležité si nejprve definovat, co je zdraví jako takové. Poté bude následovat vymezení ochrany zdraví a výčet jejích forem a důležitých aspektů. Na závěr se detailně zaměříme na aspekt sociální. Kromě různorodých variant jeho projevů rovněž rozebereme, jakým způsobem se jeho vliv může podepisovat na dosažené úrovni zdraví jedince.

3.1 Zdraví a jeho ochrana

„Zdraví je stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady,“ (Holčík 2010: 14) zní v Ústavě Světové zdravotnické organizace. Podle Holčíka (2010) tato definice sice vystihuje multidimenzionalitu termínu „zdraví“, ale nezohledňuje to, že zdraví může být členěno na několik stupňů, přičemž na jednom konci je ideální stav plného zdraví, zatímco na druhém konci je úmrtí.

Žáček (1984: 404) definuje zdraví takto: *„Zdraví je relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí.“* Je patrné, že tato definice je příkladem celostního pojetí zdraví, protože bere v potaz i sociální hledisko. Ottawská charta podpory zdraví z roku 1986¹¹ dále upozorňuje na to, že zdraví je podmíněno mimo jiné *„možností rozhodovat, volit si a ovládat své životní podmínky“*, což je zvláště důležité, když si uvědomíme, jaká pravidla a zvyklosti panují například v mnohoproblémové rodině (viz kapitola 1).

Úsilí o zdraví můžeme podle Tomeše (2011) rozlišovat na dvojí:

- 1. ochrana veřejného zdraví** – souhrn činností a opatření v boji proti nakažlivým chorobám a infekcím, nemocem souvisejícím s prací či živelním pohromám a hromadným neštěstím

¹¹ Jednalo se o první mezinárodní konferenci o posilování a rozvoji zdraví, kterou pořádala Světová zdravotnická organizace v Ottawě – program: Zdraví pro všechny do roku 2000.

2. individuální zdravotní péče – zdravotnické profesionální služby poskytované jednotlivci zpravidla na ambulantní úrovni praktickými lékaři či specialisty formou rad a lékařských zákroků.

Ta podle svého charakteru může být:

- a) **preventivní** – pravidelné prohlídky, rekondiční péče
- b) **záchranná** – první pomoc a záchranné služby
- c) **léčebná** – terapie poskytovaná ambulantně nebo v léčebném zařízení
- d) **rehabilitační** – návratná péče

(Tomeš 2011: 54)

Vzhledem k tématu této práce se budeme blíže zabývat oblastí individuální zdravotní péče. Konkrétně nás bude zajímat základní (primární) zdravotní péče, což je podle Strejčkové a kol. (2007: 7) „*nezbytně nutná péče, která je založena na spojení aktivit zdravotnických služeb s aktivitami celé společnosti*“ a lze v ní rozpoznávat tři následující složky:

- a) **primární péči** – základní zdravotnické profesionální služby (zahrnuje také výchovu ke zdraví, prevenci, diagnostiku, léčbu či rehabilitaci)
- b) **sebepečí občanů** – zdravotní aktivity neprofesionálů (např. dobrovolnické a svépomocné skupiny, ekologická hnutí)
- c) **domácí péči** – odborná zdravotní péče o pacienty v prostředí jejich domova poskytovaná většinou zaměstnanci agentur domácí péče

Základní zdravotní péči v kontextu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách lze charakterizovat podle části druhé, hlavy I, § 7 jako **primární ambulantní¹² péči**, „*jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli*“. Zařazení primární zdravotní péče do péče ambulantní potvrzuje také zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v § 19.

Zavázalová a kol. (2002: 100) říkají, že „*péče musí účinná, adekvátní, kulturní a ekonomická*“ a zasahuje i do dalších odvětví a rezortů (např. školství, zemědělství, průmysl, doprava apod.). Právě v úrovni a formě poskytované primární zdravotní péče se

¹²„Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.“ (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách)

odrážejí ekonomické, kulturní, společenské i politické poměry v dané zemi. „Od počátku socialistické éry se péči o zdraví (jako tzv. neproduktivnímu sektoru) přiznával malý význam ve srovnání s průmyslovými výrobními sektory. (...) Začátkem 70. let vedly špatně zacílené investice k masivní, ale jednostranné výstavbě akutních nemocnic a k přespecializovanosti na úkor primární péče a péče o veřejné zdraví,“ vysvětluje Gladkij (2000: 28) a dodává, že díky tomu docházelo někde k neodůvodněným nadbytkům, jinde zase k výrazným a bohužel neustále narůstajícím nedostatkům v péči. Stát neumožňoval činnost soukromého sektoru a systém povinné rajonizace a vymezených spádových oblastí způsoboval, že z lékařů primární péče se prakticky stávali pouze „dispečeri“, jež odesílali pacienty dále k odborníkům. U specializovaných lékařů se tak tvořili neustálé fronty, návaly v čekárnách, což opět znamenalo jen další překážky v dostupnosti péče a nespokojenost ze strany pacientů.

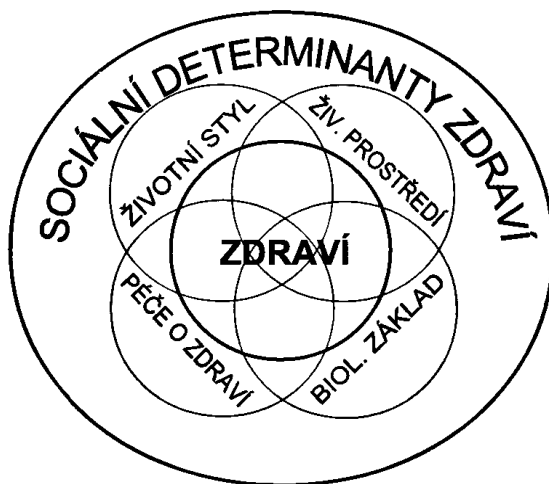
Hlavním předpokladem komplexní péče o klienty je podle Tomeše (2014) **dostupnost zdravotní péče**, kterou můžeme dělit na:

- a) **regionální** – dostupnost zdravotnických zařízení v jednotlivých regionech a jejich provázanost s tamní sítí sociálních služeb,
- b) **časovou** – úměrnost doby čekání na provedení jednotlivých zdravotních úkonů (např. dojezdová doba sanitek při výkonu první pomoci),
- c) **profesionální** – služby jsou vykonávány odbornými pracovníky využívajícími moderní technologické vybavení,
- d) **ekonomickou** – v ČR se provádí financováním zdravotní péče z pojistného, které následně prochází přerozdělením, přičemž nezbytná zdravotní péče je hrazena každému pojištěnci, jehož zdravotní stav si ji vyžaduje, bez ohledu na to, kolik přispívá do zdravotnického systému,
- e) **informační** – míra informovanosti klientů závisí na adresnosti a srozumitelnosti informací, přičemž např. dochází k zahlcování klientů nepřehledných množstvím dat, jejichž protřídění může být ještě navíc ztíženo sociokulturním deficitem přijímající osoby (např. v důsledku nízkého stupně vzdělání, jazykové bariéry, etnické odlišnosti apod.

3.2 Sociální aspekt zdraví

„Právo na zdraví je ve většině mezinárodních dokumentů zařazeno mezi sociální práva. Z toho je patrné, že v Evropě není pochyb o sociálních souvislostech zdravotní péče,“ píše Tomeš (2014: 61) a vysvětluje (Tomeš 2011), že tím pádem je pojetí péče o individuální zdraví v České republice realizací základního občanského práva na základě Listiny základních práv a svobod z roku 1993¹³ a stát je povinen tuto péči občanům umožnit. Aby k tomu měl dostatečné finanční prostředky, vyžaduje vybírat příspěvky formou povinné solidarity. Všem občanům tak vzniká povinnost se pro tyto události pojistit.

I přesto však právo na zdraví zůstává věcí soukromou. Na obrázku č. 2 je názorně ukázáno, jak jsou spolu jednotlivé determinanty zdraví úzce provázány a také jejich závislost na sociálních okolnostech.



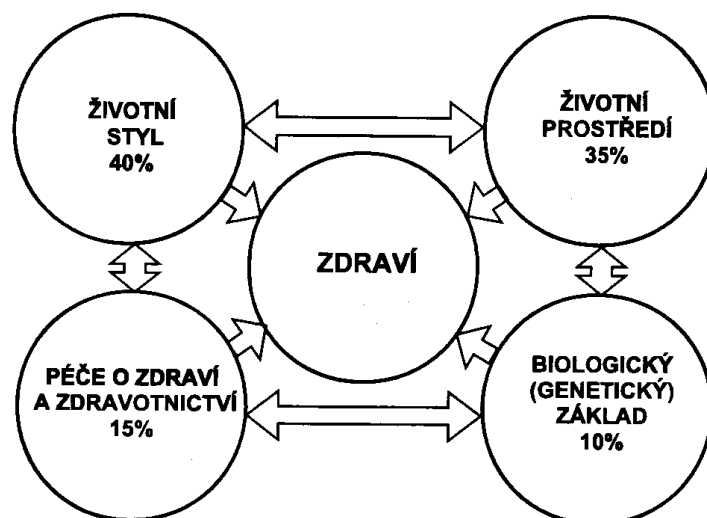
Obrázek 2: Provázanost determinant zdraví a rozhodující vliv sociálních determinant zdraví (Holčík 2010: 59)

Podle Holčíka (2010) můžeme rozeznávat čtyři základní determinanty zdraví a to:

- a) způsob života/životní styl
- b) životní prostředí
- c) zdravotnické služby
- d) genetický základ

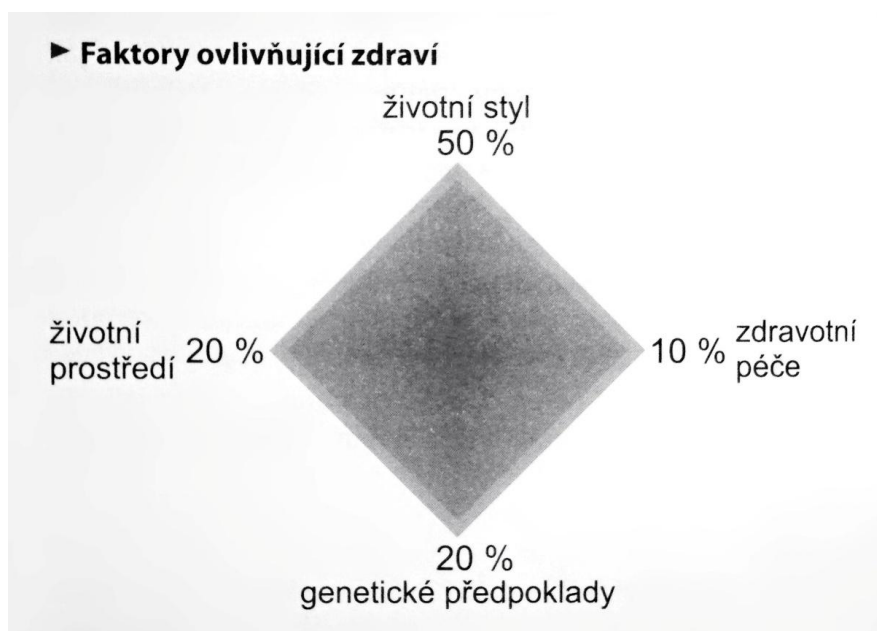
¹³ Konkrétně čl. 31: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“

Na obrázku č. 3 je zobrazeno, do jaké míry je vliv jednotlivých oblastí podstatný, přičemž je třeba brát zřetel na to, že uvedená čísla jsou velmi přibližná a mohou se u jednotlivých lidí v různých situacích lišit.



Obrázek 3: Základní determinanty a hrubý odhad jejich vlivu na zdraví v procentech (Holčík 2010: 58)

Strejčková a kol. (2007) se shodují na významově stejných kategoriích, jen poměrově přiřkládají větší váhu životnímu stylu a genetickým předpokladům oproti životnímu prostředí a zdravotní péči (viz obrázek č. 4).



Obrázek 4: Faktory ovlivňující zdraví (Strejčková a kol. 2007: 54)

Lynch (2008) v souvislosti s oblastí péče o zdraví a zdravotnictví upozorňuje na nemalý význam, který lze přikládat souhře ve sdílení hodnot doktora a pacienta. Pokud jsou pacientovy hodnoty odpovídající hodnotám jeho lékaře, je pravděpodobnější, že s ním bude schopen navázat vztah plný důvěry. Díky tomu bude ke svému lékaři otevřenější, takže bude schopen hovořit o velmi intimních záležitostech, nebo sdílet své obavy z plánované léčby. Zároveň i lékař z této situace má profit, neboť pokud může veřejně přiznat své preference pro určitý typ léčby, nebo naopak odmítnout některé praktiky, které se neslučují s jeho hodnotami, je tak více autonomní. Pro obě strany tak vzniká širší pole svobodného výběru, kdy pacient si vybere lékaře podle jeho přístupu a lékař není znevažován pro svůj odlišný názor.

Nicméně důležitou informací je, že podle výše zmíněných obrázků životní styl a životní prostředí ovlivňují velmi výrazně zdraví lidí (70 %), ale přitom se zmíněným oblastem nevěnuje odpovídající pozornost. Matoušek a Pazlarová (2010) potvrzují, že kupříkladu pokud dítě vyrůstá ve špatném fyzickém prostředí (stav bytu, domu či místo na bydlení apod.), kde je nemožnost uspokojení základních fyzických potřeb (dostatek jídla a tepla), je dopad na dítě mnohonásobně větší než v „klasickém“ prostředí MPR bez těchto obtíží. *„Postoje a návyky se nejsnadněji ovlivňují v dětství, kdy tvorba dynamických stereotypů je pohotová. S věkem se tyto stereotypy působením známých fyziologických mechanismů fixují a jejich změna je obtížnější,“* zdůrazňují Zavázalová a kol. (2002: 34) a vysvětlují tak, proč je společensky důležité se v rámci moderní péče o zdraví věnovat tzv. podpoře zdraví (health promotion). Prostředkem podpory zdraví je například výchova ke zdraví, která je orientovaná především na veřejnost. Pokud se nám podaří pozitivně ovlivňovat životní styl lidí již od raného dětství, účinněji si osvojí zvyklosti odpovídající zdravému způsobu života a budou je následně předávat dalším generacím jako zvnitřněné samozřejmé jednání, které k běžnému každodennímu životu prostě patří. Jen obtížně se dospělý člověk učí novotám, ať už náležejí do jakékoliv sféry života.

Gladkij (2000: 161) upozorňuje: *„Zdravotní znalosti nejsou totéž, co uvědomělá činnost“* a vysvětluje, že i když lidé mají informace o správném jednání, nezaručuje to jejich upotřebení v praxi. V dané situaci sehrává svou roli riziko ohrožení pro jednotlivce v poměru k míře námahy, jež je zapotřebí učinit z vlastní strany, a samozřejmě kontext společenského tlaku uvnitř sdílené vztahové skupiny. Pokud je zapotřebí něco učinit z vlastní vůle, očekává jedinec za svou námahu markantní a brzkou odměnu, ta však

v oblasti zdraví nebývá tak bezprostřední a zřetelně patrná, aby kompenzovala vynaložené úsilí.

“Současná medicína odrazuje člověka, aby sám projevil přirozenou starost a péči o své tělo a zdraví,” interpretuje Muráriková (2012: 85) myšlenky Ivana Illicha¹⁴. Dále vysvětluje, že je to tím, že současná medicína udržuje mezi lidmi přesvědčení, že jen lékaři s pomocí technologií a farmakologických přípravků mohou pacientům¹⁵ zaručit zdraví. Pokud někdo získá odvahu opustit tento medicínský komplex, je označen za nezodpovědného a nespolehlivého, což může být nebezpečné zejména v péči o děti.

A tak medicína v této podobě vede lidi k pouhé spotřebě nabízených služeb, což způsobuje, že lidé (v duchu teorie odcizení) přestávají být schopni vnímat své vlastní tělesné symptomy a adekvátně na ně reagovat.

Východiskem by mohlo být cílené zvyšování zdravotní gramotnosti, které sice funguje již dnes, ale podle Holčíka (2010) byla řada programů doposavad úspěšná jen u vyšších sociálních vrstev, jež jsou dobře vzdělané, žijí v relativním dostatku a jsou zpravidla schopné si potřebné informace samy vyhledat a zařídit se podle nich. Naopak jednosměrné předávání informací a poučování nemá potřebný vliv na skupiny osob ze sociálně znevýhodněného či již vyloučeného prostředí. Gladkij (2000) dodává, že s obecně se zvyšující vzdělaností ve společnosti (a tedy i v otázkách zdraví a nemoci) jde ruku v ruce i snižování ochoty přijímat lékaře jako autoritu bez pokládání otázek a projevování nesouhlasu, což někteří lékaři mohou nést nelibě. Pokud lékaři trvají na paternalistickém přístupu k pacientům a nesnaží se porozumět realitě pacientova života, může tím jejich vzájemný vztah utrpět.

„Gramotnost souvisí i s mírou aktivní účasti na veřejném životě a se stupněm životního uspokojení. V tomto smyslu je gramotnost i zdravotní gramotnost významným předpokladem úspěšného vývoje celého státu,” sděluje Holčík (2010: 155) a zdůrazňuje potřebu tzv. zplnomocnění/zmocnění (empowerment). Tento koncept je důležitý i v sociální oblasti, protože teprve tehdy, když se lidé sami ujmou odpovědnosti za své zdraví/život, začnou rozvíjet své schopnosti v této oblasti a budou následně plnohodnotnými účastníky na rozhodování o sobě a plánování případné pomoci. Kubalčíková (in Matoušek a kol. 2013) považuje za jeden z nástrojů zmocnění například

¹⁴ Autorka vychází z Illichovy knihy *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health* z roku 2002.

¹⁵ Termín pacient je zde užíván ve smyslu uživatele zdravotnických činností.

participaci klientů. Toto aktivní zapojení klienta do procesu umožňuje narušit vzorce dominance, jež vyplývají z asymetrického vztahu uživatele a poskytovatele služby. Klient/uživatel se díky zmocnění identifikuje s výsledky rozhodnutí a učí se, že každý může svou činností ovlivňovat sociální realitu. Nic není konečné, nezměnitelné a trvale dané. Gladkij (2000) potvrzuje, že i v lékařském prostředí je na místě, aby vztah mezi lékařem a pacientem byl dynamický a výměnný, ačkoliv rovnováha vzájemnosti je nestejná. „*Aliance mezi lékařem a pacientem poskytuje základ pro téměř veškerou účinnou a účelnou léčbu*“. (Gladkij 2000: 167)

4 Právní rámec týkající se zdravotní péče o děti a mládež v ČR

Evropská unie se dlouhodobě snaží pracovat na svém inteligentním a udržitelném růstu a rozvoji a vést k němu jednotlivé členské státy. Společné směřování je definováno ve strategii Evropa 2020¹⁶, kde je stanoveno 5 hlavních cílů, jejichž dosahování je měřitelné, a tak je možné reflektovat pokrok jednotlivých zemí. Vzhledem k tomu, že v každém členském státě panují rozdílné podmínky, formuluje si své vnitrostátní cíle s ohledem na společnou strategii každý stát sám. Jedním z hlavních strategických cílů je také boj proti chudobě a sociálnímu vyloučení.

Jednou ze sedmi stěžejních iniciativ strategie Evropa 2020 je například Evropská platforma pro boj proti chudobě a sociálnímu vyloučení¹⁷, která se mimo jiné zaměřuje na opatření týkající se jak trhu práce či podpory ve výši minimálního příjmu, tak bydlení, školství či zdravotnictví apod. Všechny hospodářské a sociální reformy zemí EU jsou monitorovány, koordinovány a následně porovnávány mezi sebou. Spolupráce s členskými zeměmi EU je realizována prostřednictvím Výboru pro sociální ochranu za využití otevřené metody koordinace.¹⁸

Než se detailně zaměříme na konkrétní legislativní normy související se zdravotní politikou a ochranou dětí v České republice, je nutné se seznámit se základními právními dokumenty, jež tyto oblasti upravují napříč Evropskou unií. V Evropské unii sice platí pro zdravotní péči princip subsidiarity, tedy že je zdravotní péče v jednotlivých státech ošetřena jejich vlastními právními předpisy, nicméně i přesto jsou státy do jisté míry nuceny směřovat své úpravy na základě politického dokumentu z roku 2001 *Otevřená metoda koordinace ve zdravotnictví*. Zde jsou uvedeny jednotlivé body, na jejichž (i třeba postupném) naplňování se členské země společně dobrovolně dohodly. (Tomeš 2014)

¹⁶ http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/targets/index_cs.htm

¹⁷ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961&langId=cs>

¹⁸ <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=750&langId=cs>

4.1 Mezinárodně právní rámec ochrany dětí a zdravotní péče

Prvním důležitým dokumentem je **Pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (OSN, 1966)**, neboť zde je podle článku 9 zakotveno, že „*státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na sociální zabezpečení, zahrnující v to právo na sociální pojištění.*“ Každý občan má právo na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví, což zahrnuje mimo jiné také opatření ke zdravému vývoji dítěte. Státy tak usilují o dosažení jak veřejného, tak individuálního zdraví. K tomu je zapotřebí vytvořit podmínky zajišťující všem občanům lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.

Další podstatnou legislativní normou je **Úmluva č. 130 o léčebně preventivní péči a dávkách v nemoci (MOP, 1969)**, podle níž se „*stát zavazuje poskytnout léčebnou zdravotní péči (čl. 7) po celou dobu nemoci (čl. 16) a případně preventivní péči*“ (čl. 7). Tento dokument také definuje, jakou zdravotní péči má stát zabezpečit, aby dosáhl „*zachování, obnovy nebo zlepšení zdraví osob a jejich schopnost pracovat a pečovat o své osobní potřeby*“ (čl. 9).

Konkrétně v článku 13 jsou uvedeny minimální standardy pro léčebně preventivní péči, které zahrnují:

- a) *péči poskytovanou praktickými lékaři včetně návštěv v bytě;*
- b) *péči poskytovanou odbornými lékaři v nemocnicích osobám tam umístěným nebo docházejícím a takovou péči odborných lékařů, která může být poskytnuta mimo nemocnice;*
- c) *poskytování potřebných farmaceutických výrobků na předpis lékaře nebo jiné kvalifikované osoby;*
- d) *umístění v nemocnici, je-li ho třeba;*
- e) *péči o chrup, podle toho, co je stanoveno;*
- f) *léčebnou rehabilitační péči včetně poskytnutí, údržby a obnovení protetických a ortopedických pomůcek, podle toho, co je stanoveno.*

Článek 17 upravuje míru finanční spoluúčasti pacienta a to tím způsobem, že „*pravidla upravující takovou účast musí být stanovena tak, že nebudou představovat přílišné zatížení a neoslabí účinnost léčebně preventivní a sociální ochrany.*“

Podle **Evropského zákoníku sociálního zabezpečení (RE, 2001¹⁹)** je krytou sociální událostí v oblasti zdravotní péče „*jakékoli onemocnění bez ohledu na jeho příčinu, včetně těhotenství, porodu a jejich následků.*“ (čl. 8) Příslušné dávky pro zajištění této sociální události zabezpečují široké spektrum péče poskytované praktickými lékaři (včetně návštěv v bytě) a odbornými lékaři bez ohledu na místo výkonu (jak v nemocnicích, tak mimo ně). Rovněž sem spadá také poskytování základních farmaceutických výrobků na předpis lékaře nebo jiného kvalifikovaného zdravotnického pracovníka. (čl 10)

Vzhledem k tématu této práce nelze opomenout **Úmluvu o právech dítěte (OSN, 1989)**. Tomeš (2011) vysvětluje, že vzhledem k nezpůsobilosti dítěte co by občana k právním úkonům, je potřeba mu zajistit zvláštní ochranu státu, a proto byla práva dítěte upravena nad rámec základních lidských práv.

Podle článku 3: „*Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují zajistit dítěti takovou ochranu a péči, jaká je nezbytná pro jeho blaho, přičemž berou ohled na práva a povinnosti rodičů, zákonných zástupců nebo jiných jednotlivců právně za něho odpovědných, a činí pro to všechna potřebná zákonodárná správní opatření.*“

a

„*Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, zabezpečí, aby instituce, služby a zařízení odpovědné za péči a ochranu dětí odpovídaly standardům stanoveným kompetentními úřady, zejména v oblastech bezpečnosti a ochrany zdraví, počtu a vhodnosti svého personálu, jakož i kompetentního dozoru.*“

Podle článku 18: „*(...) oba rodiče mají společnou odpovědnost za výchovu a vývoj dítěte. Základním smyslem jejich péče musí přitom být zájem dítěte.*“

Mezi další podstatné dokumenty patří také:

- **Úmluvy Haagské konference mezinárodního práva soukromého,**
- **Evropská úmluva o výkonu ochrany práva dítěte (Rada Evropy, 1996)²⁰:**

Podle článku 1: „*Účelem této úmluvy je, v nejlepším zájmu dětí, podporovat jejich práva, poskytnout jim procesní práva a usnadnit jejich výkon tím, že bude zabezpečeno, aby děti,*

¹⁹ Platnost pro Českou republiku.

²⁰ Podle článku 1: „*Tato úmluva se použije na děti mladší osmnácti let.*“

přímo nebo prostřednictvím jiných osob nebo orgánů, byly informovány o soudních řízeních, která se jich týkají, a mohly se jich účastnit.“

- **Listina základních práv Evropské unie (2000):**

Podle článku 24:

„Děti mají právo na ochranu a péči nezbytnou pro jejich zdravý vývoj.“

a

„Veškeré jednání týkající se dětí, ať již ze strany veřejné či soukromé instituce, musí být vedeno v první řadě se zřetelem k vyššímu zájmu dítěte.“

4.2 Historický kontext právního rámce České republiky

Mezi historicky důležité dokumenty patří bezesporu **domovský zákon** z roku **1863** a **chudinský zákon** z roku **1868**, na jejichž základě měly obce povinnost poskytovat adekvátní péči svým potřebným. Myšlenka domovského práva je však mnohem starší, přichází s ní poprvé v roce 1552 Ferdinand I. v rámci svého Říšského policejního řádu. (Tomeš 2010)

Právní institut příslušnosti k obci (tzv. domovské právo) podle Kodymové (2013) zahrnoval kupříkladu podporu chudým, pomoc a léčení nemocným, „zaopatření“ pro bezmocné, ale také výchovu a výživu dětí. V první polovině 20. století byla speciálně u sociálně-zdravotní prevence zdůrazňována péče o všechny děti bez rozdílu, nikoliv pouze o děti se sociálním či zdravotním znevýhodněním. *„Domovské právo se získávalo narozením po otci, sňatkem po manželovi nebo rozhodnutím obecního úřadu.“* (Matoušek a Doležel in Matoušek a kol. 2013: 197)

„Péče o děti a mládež měla již v historii v rámci chudinské péče své specifické místo“, píše Kodymová (2013: 27) a vysvětluje, že sice platilo to samé co dnes, tedy že veřejná péče zasahovala až tehdy, *„pokud rodiče nebo poručníci dětí zůstali bez hmotných prostředků, nebo pokud neplnili své povinnosti“,* nicméně v té době ještě samotná péče neměla jednotný rozsah. V roce 1937 se i přes nesporné pokroky Ministerstvu sociální péče nepodařilo prosadit více než několik dílčích a legislativních kroků, protože celkové zákonné sjednocení péče o mládež bylo odsunuto z důvodu v té době potřebnějšího zakotvení péče o nezaměstnané. Následně byly další pokusy o změny v zákonných úpravách přerušeny německou expanzí a druhou světovou válkou. (Kodymová 2013)

„V roce 1947 vznikly odbory péče o mládež na okresních a zemských národních výborech. V padesátých letech 20. století tato činnost přešla na úřadovny ochrany mládeže při soudech,“ sděluje Tomeš (2011: 207) a dodává, že péče o mládež spadala pod okresní soudy již za Rakouska-Uherska. Tehdy však byla pod správou veřejnoprávních spolků.

Podle Kodymové (2013) to byly právě **okresní péče o mládež**, jež mimo jiné organizovaly péči o chrup školní mládeže, zimní pomocné, ošacovací, či zotavovací a jiné podpůrné akce pro děti a mládež. Zvláště zařazení zdravotní kontroly dětí pod jejich ochranný dozor patří mezi průlomový úspěch v rámci ochrany práv dětí v oblasti zdraví. Nicméně v oblasti péče hygienické a zdravotní se v té době významně angažoval také Československý Červený kříž, jehož činnost spadala do soukromoprávní péče prováděné nestátními subjekty.

V roce **1963** přichází první důležité právní zakotvení pro ochranu nejlepšího zájmu dítěte a to **zákon o rodině č. 94**, který poprvé „stanoví případy a formy veřejnoprávní intervence do práva rodičů“. (Tomeš 2011: 212) Je-li nejlepší zájem dítěte ohrožen, může dojít ke svěřením zájmů dítěte do péče jiné osoby a to ustanovením opatrovníka nebo pěstouna. Dále se také zabývá určením rodičovství, vzájemnou vyživovací povinností rodičů a dětí a mezi manželi. Tento zákon byl nahrazen **Občanským zákoníkem č. 89/2012 Sb.** Zde se nově ustanovila povinnost souhlasu dítěte s osvojením od věku 12 let, přičemž u mladšího věku je doporučeno brát zřetel na vyjádření dítěte „s ohledem na stupeň jeho duševního vývoje“.

Následoval základní právní předpis zdravotnického práva **zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.**, který vymezil povinnosti státu, zdravotnických zařízení i uživatelů zdravotnických služeb, ale také zásady zdravotnické péče. Konkrétně například právo na preventivní prohlídky a lékařské zákroky. Byl nahrazen **zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**²¹. Se zdravotní problematikou souvisí také **zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví**. Zde je uvedena povinnost rodičů nechat očkovat své děti (Část první: Hlava III – Předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění) a také právo na hygienickou ochranu všech veřejných zařízení, kde se děti zdržují (část první: Hlava II – díl 2: Podmínky pro výchovu, vzdělávání a zotavení dětí a mladistvých, podmínky vnitřního prostředí stavby a hygienické požadavky na venkovní hrací plochy pro hry dětí).

²¹ Konkrétní podmínky poskytování zdravotní péče (např. frekvence preventivních prohlídek apod.) a její úhrady jsou uvedeny v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Zásadním dokumentem je již zmiňovaná **Listina základních práv a svobod**:
Článek 31: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“

A článek 32, který dokládá, že „Rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona. Zvláštní ochrana dětí a mladistvých je zaručena.“, ale také že „Péče o děti a jejich výchova je právem rodičů; děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli jen rozhodnutím soudu na základě zákona.“, přičemž „Rodiče, kteří pečují o děti, mají právo na pomoc státu.“

Důležitým předpisem je také **zákon o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb.**, kterým se „upravuje působení veřejnoprávních orgánů směřující k obnovení narušených funkcí rodiny“ (Tomeš 2011: 214) a také se zajišťuje ochrana zájmů a práv dítěte na jeho příznivý vývoj a řádnou výchovu. Česká právní úprava vychází z výše jmenovaných mezinárodních úmluv jako je Úmluva o právech dítěte a dokumenty přijaté Haagskou konferencí.

5 Dopady zanedbání preventivní a léčebné zdravotní péče

V následující kapitole se zaměříme na dvě konkrétní oblasti zdravotní péče o dítě. První oblast zajišťuje praktický lékař pro děti a dorost, který má možnost reflektovat stav dítěte již od jeho narození, a k němuž jsou rodiče ze zákona povinni své dítě přivádět na pravidelné preventivní prohlídky. O možnostech dopadů zanedbání péče o dítě jsme kupříkladu hovořili již v 1. kapitole v souvislosti s rodinou a dopady chudoby na dítě, proto se jich nyní dotkneme pouze krátce. Více se zaměříme na úsilí vyvíjené v této oblasti pro včasnou prevenci jevů, jež by dítě mohly poškodit v jeho vývoji.

Nutno ještě podotknout, že podle hlavy IV trestního zákoníku (č. 40/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů), může zanedbání péče o zdraví dítěte hraničit až s trestní činností, protože podle § 196 „*kdo neplní, byť i z nedbalosti, svou zákonnou povinnost vyživovat nebo zaopatřovat jiného po dobu delší než čtyři měsíce*“, nebo se plnění této své zákonné povinnosti úmyslně vyhýbá, bude potrestán odnětím svobody podle stupně závažnosti svého činu.

Další oblastí, kterou se budeme v následující kapitole zabývat, je péče zajišťovaná zubním lékařem. V porovnání s kapitolou o pediatrické péči je propracována hlouběji a intenzivněji, neboť se autorka diplomové práce domnívá, že je v současné době tato oblast poněkud opomíjena. Následně je přiloženo krátké pojednání o reflexi současného stavu v České republice pro dotvoření celkového obrazu pediatrické a dětské zubní péče o děti v českých poměrech.

5.1 Oblast pediatrické péče

„Péče o dítě a jeho vývoj, studium a léčba dětských nemocí jsou oblasti, které pozornost lékařů i ošetřovatelů upoutávaly po celá staletí. V dřívějších dobách byla tato péče realizována společně s péčí o dospělé. Mnohem později, na přelomu 19. století, se vyčlenila a dala tak vzniknout novému oboru – pediatrii.“ (Tóthová a kol. 2011: 18)

Linková a Matoušek (in Matoušek, Pazlarová a kol. 2014) vysvětlují, že od poloviny 90. let 20. století se stal v České republice základní dokumentací o zdravotním stavu a péči o dítě **Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého** (dále jen ZOP). Podle Jandy (2008)²² vycházela tato iniciativa České pediatrické společnosti především ze zahraničních zkušeností, kde ZOP používali již delší dobu a s daleko větším množstvím

²² <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/zdravotni-a-ockovaci-prukaz-ditete-a-mladistveho-v-ceske-republi-361768>

informací. U nás měl zásluhu o jeho zavedení pediatr Hanousek, který zavedl používání stručného ZOP pro rodiče ve Východočeském kraji již v 80. letech 20. století.

Podle informací Státního zdravotního ústavu²³ slouží ZOP k „*zápisu a rychlé a přehledné informaci na odborné úrovni pro zdravotníky i pro rodiče o základních údajích týkajících se zdravotního stavu dítěte, některých vyšetření a léčby a o provedeném očkování*“²⁴. ZOP je vlastnictvím rodičů a je jim vydáván po narození dítěte dětským lékařem příslušného novorozeneckého oddělení nemocnice (výjimečně registrujícím pediatrem, který do ZOP provádí převážnou většinu zápisů o dítěti). Rodiče předkládají ZOP při každém poskytnutí zdravotní péče dítěti a díky tomu je v něm rekapitulován jeho celkový zdravotní stav a léčba v určitých obdobích. Jsou zde zaznamenány důležité odchylky od fyziologického stavu, významná medikace a vyšetření, alergie i očkování (povinná i nepovinná).

ZOP obsahuje tyto části:

- a) zdravotní průkaz**
- b) očkovací průkaz**
- c) zubní průkaz**

Do roku 2012 byla jeho součástí i informativní část pro rodiče, která je nyní pouze ke stažení na webových stránkách SZU. V prvním roce se provádí preventivní prohlídka²⁵ dítěte devětkrát do roka, z toho minimálně šestkrát v prvním půlroce²⁶.

Podle Jandy (2008) patří česká verze ZOP svým obsahem i formou mezi nejlepší dokumenty tohoto druhu nejen v Evropě, bohužel však často dochází k situaci, kdy řada záznamů o preventivních prohlídkách není doplněna. Přitom právě „*absence pravidelných prohlídek dítěte u pediatra může být známkou nedostatečné péče rodičů o dítě*“, říkají Linková a Matoušek (in Matoušek, Pazlarová a kol. 2014) a vysvětlují, že se tak může stát z různých důvodů. Od cíleného vyhýbání se kontaktům se systémem z důvodu alternativního životního stylu, přes nepochopení důležitosti prohlídek a jejich opomíjení, až po cílenou snahu zakrýt následky špatného zacházení s dítětem. Vrublová (2009)

²³ <http://www.szu.cz/tema/zdravotni-a-ockovaci-prukaz?highlightWords=pr%C5%AFkaz>

²⁴ Očkovací průkaz lze oddělit a používat dále i v dospělosti.

²⁵ Více informací o preventivních prohlídkách lze nalézt ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 70/2012 Sb.

²⁶ Podle Jandy (2008) je v České republice celkový počet preventivních prohlídek u dětí 18, zatímco třeba v Německu je jich během celého dětství jen 9.

upozorňuje, že u preventivních prohlídek lze vyzorovat významné zastoupení lékařů pro děti a dorost. Tyto prohlídky jsou totiž rodičům připomínány písemnou pozvánkou.

Pokud již dojde k zanedbávání péče o dítě, tak se zpravidla jedná o jakýkoliv druh nedostatku péče, který dítěti způsobuje vážnou újmu. Podle Matouška (2008) ho lze rozdělit na dvě oblasti:

- a) **Fyzické** zanedbávání, které spočívá v neuspokojování tělesných potřeb (jídlo, teplo, spánek, čistota),
- b) **Psychické** zanedbávání, kdy nejsou uspokojovány citové a kognitivní potřeby dítěte, jako je například potřeba kladného přijímání či příslušnosti k určitým lidem (resp. k určitému prostředí).

Nutno podotknout, že pravidelné prohlídky u praktického lékaře pro děti a dorost mohou pomoci závčas odhalit obzvláště veškeré formy ubližování dítěti, které lze zařadit pod termín týrání, ať už se jedná o jeho psychickou (hůře prokazatelnou) či fyzickou formu.

5.2 Oblast stomatologické péče

Další významnou oblastí preventivní primární péče je také **orální hygiena**, což lze podle Pospíšilové (2012: 47) definovat jako „*osobní údržbu čistoty a hygieny zubů a ústních struktur (protetických náhrad, ortho přístrojů) pro zachování zubního a ústního zdraví, což je stav plné normality a funkční výkonnosti zubů a jejich podpůrných struktur, potažmo zdraví celkového.*“ Linková a Matoušek (in Matoušek, Pazlarová a kol. 2014) vysvětlují, že právě v oblasti dentální péče může docházet k laxnosti rodičů a k s tím souvisejícímu zanedbání stavu chrupu dítěte. Návštěva zubního lékaře není povinná a pediatr nemá povinnost sledovat, zda bylo dítě u zubaře zaregistrováno či nikoliv, natož zda dochází na pravidelné kontroly. Pokud navíc samotní rodiče nedbají o svou ústní hygienu, je vysoká pravděpodobnost nezájmu v této oblasti i vzhledem k dítěti.

Nic na tom nemění ani snaha Ministerstva zdravotnictví ČR, které ve spolupráci s Českou stomatologickou komorou od roku 2005 přidává do výše zmíněného ZOP jako jeho součást také zubní průkaz. „*Rodičům slouží zubní průkaz jako vodítko, od jakého věku a v jakých časových intervalech navštěvovat se svým dítětem zubního lékaře. Měli by ho s sebou nosit na každou preventivní prohlídku dítěte u zubního lékaře i na pravidelné prohlídky u dětského lékaře,*“ sděluje Česká stomatologická komora přímo na svých

webových stránkách²⁷, což jen potvrzuje, že veškerá odpovědnost leží jen na rodičích. Podle Křepelkové (2014) byly do roku 1990 v České republice zajištěny pravidelné návštěvy všech dětí u zubaře formou hromadných preventivních prohlídek organizovaných školami. Skupinové prohlídky byly školami organizovány také pro návštěvy u pediatra. Zde se prevence týkala jak kontroly stavu a vyspělosti dítěte v určitém věku, tak například aplikace povinných očkování. Tento systém však byl poté postupně opuštěn, což bylo podle Linkové a Matouška (in Matoušek, Pazlarová a kol. 2014) zdůvodněno právem rodičů samostatně pečovat a svobodně rozhodovat o zdravotní péči svých dětí podle článku 32, odstavce 4 v Listině základních práv a svobod.

Pospíšilová (2012) potvrzuje, že v současné době si většina populace neuvědomuje dosah následků poškození chrupu. Ty mohou zasahovat kromě fyzického i psychické a sociální zdraví. Zhoršení stavu dutiny ústní ovlivňuje život člověka nejen v otázce rozměňování stravy, ale také esteticky (např. omezení pracovních příležitostí a dalších kontaktů v dospělosti, ale také celkové snížení sebevědomí, což je v dětském věku ještě podpořeno posměšky ostatních dětí) a může zasáhnout i mluvení (při poškození chrupu, či u dětí při špatném růstu dentice).

„Zubní kaz u předškolních dětí je již dlouho považován za samostatnou klinickou jednotku. Zpočátku byl charakterizován jako typické kariézní postižení dočasných řezáků v horní čelisti u kojenců a batolat v souvislosti s výživovými zvyklostmi,“ píše Poláková (2014: 42) a vysvětluje, že historicky se první zmínky o kazu v raném věku zdůvodňovaly namáčením dudlíku do medu a jeho podáváním před usnutím a to již v roce 1861. Terminologie se postupem času měnila (u nás např. „medové zuby“ nebo „medový kaz“) až se v roce 1995 ustálila na tzv. **early childhood caries** (ECC), ale jednotná obecně uznaná definice tohoto jevu dosud neexistuje.

Nejčastějším důvodem k odstranění zubu jsou následky neošetřeného zubního kazu, kterým jsou oproti dospělým děti ohroženy mnohem více. (Pospíšilová 2012) To je dáno specifiky ústní dutiny malého dítěte konkrétně jejím mikrobiálním osídlením. Lokální obranné mechanismy ještě nejsou dostatečně zralé a sklovina dočasných zubů je málo odolná vůči kyselému prostředí, což napomáhá vzniku a rychlejší progresi zubního kazu. Zubní kaz se může tvořit pouze na vnímavé tkáni tedy zubu, nicméně kariézní proces může

²⁷ http://www.dent.cz/detail-text.php?id_strana=3&id_text=596

být uspišen přenosem kariogenních mikroorganismů²⁸ z matky na dítě. Matka tak může dítěti předat jakékoliv bakterie například olizováním dudlíku či společným užíváním jedné lžičky při podávání stravy, čímž zvyšuje u dítěte riziko vzniku kazu. (Poláková 2014)

Podle Asthany a Halliaday (2006) lze sledovat významné rozdíly ve skladbě stravy jednotlivých dětí vzhledem k prostředí, ze kterého pocházejí. Děti pocházející z nízkopříjmových či sociálně znevýhodněných rodin inklinují ke konzumaci velkého množství brambor, sušenek, cukrovinek a šumivých nápojů oproti konzumaci mateřského mléka či kravského mléka. Jejich rodiče mívají tendence jim podávat zpracované potraviny (*processed foods*) s vysokým obsahem cukru, soli, tuku a škrobu a naopak mají nedostatečný přísun potravin s vysokým obsahem vlákniny, včetně ovoce a zeleniny. To může mít za následek zhoršení stavu chrupu. Například na základě studie zanedbané komunity v Glasgow bylo zjištěno, že 86 % ze čtyř a půl až pětiletých tamních dětí již mělo zubní kaz, přičemž v některých případech byla poškození nevratná.

Pokud dojde k odstranění dočasného zubu, je tím podle Pospíšilové (2012) ohrožen vývin stálých zubů, neboť dočasné zuby ovlivňují růst čelistí a udržují zde pro ně místo. Absencí dočasného zubu může být následně narušeno správné postavení stálých zubů, na čemž závisí i správná výslovnost. Napravování vzniklých škod může být finančně velmi nákladné. Linková a Matoušek (in Matoušek, Pazlarová a kol. 2014) potvrzují, že ačkoliv by například amalgám²⁹ měl být garantován zdravotní pojišťovnou bez poplatku pojištěnce, je v České republice velmi obtížné najít takového zubaře, který by plombu zdarma skutečně udělal. Touto variantou „na pojišťovnu“ je tzv. nedózovaný amalgám, jehož poměr rtuti a kovového prášku se míchá na místě, vysvětluje Zemen (2011)³⁰. Takové odměřování může být nepřesné a způsobovat horší kvalitu zubní výplně. Výplň je pak hůře leštitelná, není tolik odolná a podléhá více korozi v ústech. Většina zubních lékařů argumentuje, že levný amalgám hrazený pojišťovnou prostě odmítají používat a mají pro pacienta k dispozici pouze „kvalitnější“ výplň zubů za příplatek.

To může být komplikací i v situaci, kdy dítě samo duševně vyzraje natolik, že si uvědomí potřebu pravidelných preventivních kontrol a rozhodne se navštívit lékaře bez vědomí rodičů. Sice je od roku 2014 oproštěno platit poplatky za návštěvu u lékaře,

²⁸ „Nejvýznamnější bakterií odpovědnou za vznik zubního kazu je *Streptococcus mutans*.“ (Pospíšilová 2012: 50)

²⁹ Amalgám je velmi odolná slitina rtuti s jedním nebo několika kovy, jímž se vyplňují zuby po odstranění zubního kazu.

³⁰ <http://dentforum.cz/rozdil-v-amalgamovych-vyplnich-na-pojistovnu-hrazenych-pacientem/>

bohužel však finanční zatížení případné potřeby profesionální terapie zubním lékařem je pro něj příliš vysoké a potřebné péče se mu i přesto nakonec nedostane.

5.3 Vhled do současného stavu pediatrické a dětské stomatologické péče v České republice

I přesto, že úroveň zdravotní péče v České republice je vysoká, vždy je rozumné srovnávat stávající stav se situací v jiných zemích a hledat aktuální limity pro další zdokonalování nabízené péče či zefektivňování systému organizace apod. Česká lékařská komora se vyjádřila, že mezi hlavní problémy českého zdravotnictví obecně patří nedostatek financí, nedostatek kvalifikovaných pracovníků a prohlubující se rozdíly v dostupnosti zdravotní péče. Dle jejího názoru: „Výdaje na zdravotnictví patří v ČR mezi nejnižší v rámci EU nejenom v absolutních (reálných) částkách, ale i jako procento HDP“.³¹ Podle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR ze Zdravotnické ročenky za rok 2013³² je podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu České republiky za rok 2011 a 2012 pouze 7,5 % (viz obrázek č. 5):

Stát	State	Rok Year					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Česká republika	Czech Republic	6,5	6,8	7,8	7,4	7,5	7,5
Belgie	Belgium	9,6	9,9	10,7	10,6	10,6	10,9
Dánsko	Denmark	10,0	10,2	11,5	11,1	10,9	11,0
Finsko	Finland	8,0	8,3	9,2	9,0	8,9	9,1
Francie	France	10,8	10,9	11,6	11,6	11,5	11,6
Irsko	Ireland	7,9	9,0	9,9	9,2	8,7	8,9
Itálie	Italy	8,5	8,9	9,4	9,4	9,2	9,2
Maďarsko	Hungary	7,7	7,5	7,7	8,1	8,0	8,0
Německo	Germany	10,5	10,7	11,8	11,6	11,2	11,3
Nizozemsko	Netherlands	10,0	10,2	11,0	11,2	11,2	11,8
Norsko	Norway	8,7	8,6	9,7	9,4	9,3	9,3
Polsko	Poland	6,3	6,9	7,2	7,0	6,9	6,8
Portugalsko	Portugal	9,4	9,7	10,2	10,2	9,7	9,5
Rakousko	Austria	10,3	10,5	11,2	11,1	10,9	11,1
Řecko	Greece	9,8	10,1	10,2	9,5	9,8	9,3
Slovensko	Slovakia	7,8	8,0	9,2	8,5	8,0	8,1
Spojené království	United Kingdom	8,4	8,8	9,7	9,4	9,2	9,3
Španělsko	Spain	8,5	8,9	9,6	9,6	9,4	.
Švédsko	Sweden	8,9	9,2	9,9	9,5	9,5	9,6
Švýcarsko	Switzerland	10,2	10,3	11,0	10,9	11,1	11,4
Austrálie	Australia	8,5	8,8	9,0	8,9	9,1	.
Japonsko	Japan	8,2	8,6	9,5	9,6	10,1	10,3
Kanada	Canada	9,8	10,0	11,1	11,1	10,9	10,9
USA	USA	15,6	16,1	17,1	17,0	17,0	16,9

Zdroj dat: OECD Health Data June 2014

Source of data : OECD Health Data June 2014

Obrázek 5: Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (Zdravotnická ročenka ČR 2013: 242)

³¹ [http://www.lkcr.cz/tiskove-zpravy-12.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_99467](http://www.lkcr.cz/tiskove-zpravy-12.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99467)

³² <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>

Podle České lékařské komory investují do zdravotnictví země původní evropské patnáctky v průměru 8,9 % HDP, takže se Česká republika nachází hluboko pod průměrem.

Ve Zdravotnické ročence za rok 2013 pro hlavní město Praha³³ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR dále představuje data týkající počtů lékařů v jednotlivých specializacích a jejich věk. Pro hlavní město Praha vyšel celkový počet praktických lékařů pro děti a dorost celkem 252 osob (228 žen, 24 mužů). Z toho pod čtyřicet let věku se v té době nacházelo pouze 6 osob, mezi 40–59 lety bylo 131 lékařů a zbylých 115 pediatriů bylo ve věku 60 let a výše (20 osob dokonce 70+).

Vzhledem k těmto skutečnostem přišlo Ministerstvo zdravotnictví s návrhem, aby došlo ke sloučení studijního oboru *praktické lékařství pro děti a dorost* (dále jen PLDD) s oborem *dětské lékařství*³⁴. Tyto dva obory mají v rámci studia společný tříletý základ. V dalších ročnících probíhá praktické vzdělávání na jednotlivých pracovištích pro získání atestace. U PLDD probíhá administrace na *Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví*, zatímco administrace studentů oboru dětské lékařství probíhá přes lékařské fakulty na akreditovaných nemocničních odděleních. V praxi to znamená, že lékaři s PLDD atestací nemohou pracovat na lůžkových pracovištích a dětské lékaři naopak nesmí pracovat v ambulancích.

Ministerstvo zdravotnictví proto usiluje o to, aby se oba obory sloučily do jednoho (*pediatrie*), pro zvýšení spolupráce a prostupnosti nemocniční a ambulantní sféry³⁵. Podle primářky dětského oddělení Nemocnice Kadaň Patricie Kotalíkové³⁶ (TOP 09) je obtížné sehnat místa na vzdělávání PLDD, a proto někteří mladí lékaři dělají atestaci z dětského lékařství, ačkoliv by je praxe PLDD lákala více.

„V brzké době by měla být parlamentem schválena tzv. malá novela zákona č. 95/2004 o vzdělávání, která mimo jiné upraví podmínky dotačního programu Rezidenčních míst – nárok na dotaci bude mít každý lékař po dobu základního kmene a vybrané obory pak po celou dobu specializačního vzdělávání. Novela zároveň ruší tzv. stabilizační dohody, které zavazovaly rezidenty k práci na území ČR po dobu minimálně 5-ti let od složení atestace a omezovaly možnost změny pracovního místa

³³ <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-hlavniho-mesta-prahy-2013>

³⁴ <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/07/ministerstvo-planuje-jeden-spolecny-pediatricky-obor-cast-odborniku-je-zasadne-proti/>

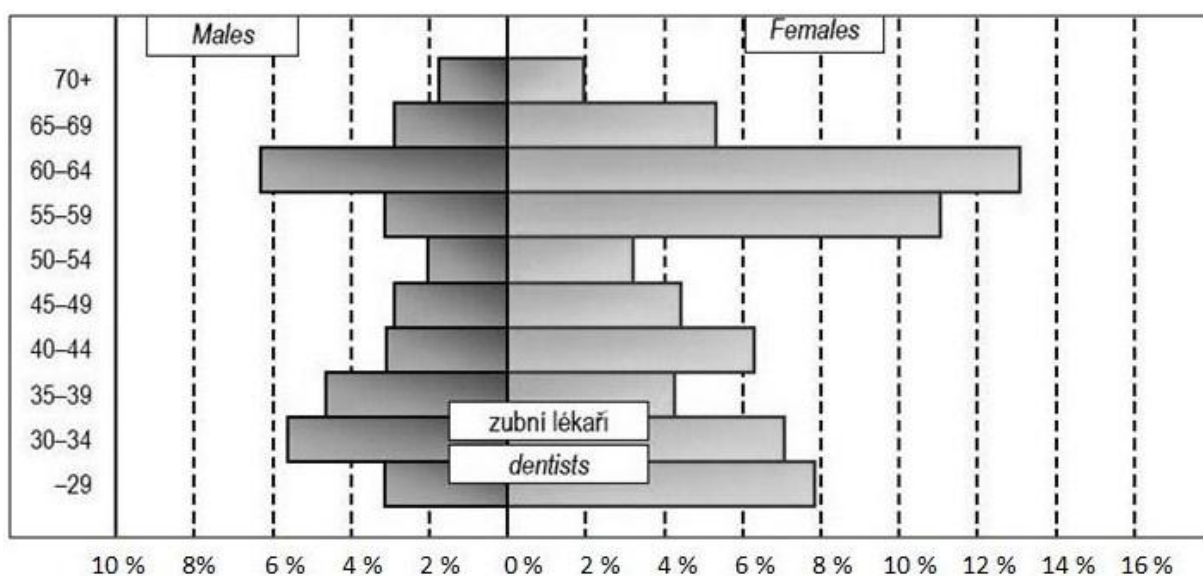
³⁵ Tamtéž jako 34.

³⁶ Tamtéž jako 34.

po dobu rezidentury. Dalším reálným posunem v dané novele je tedy jistě možnost změnit pracoviště v průběhu kmene bez ztráty nároku na dotaci, což nebylo dosud možné,“ sděluje na svých webových stránkách občanské sdružení Mladí lékaři³⁷.

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR se obává zrušení oboru PLDD, a proto vydalo petici za zachování oboru praktický lékař pro děti a dorost. „Co se tím má vyřešit? Pokud se někdo domnívá, že tímto krokem vyřešíme nedostatek pediatriů obecně, nedostatek lékařů na DO a nedostatek budoucích PLDD v primární péči, že zkvalitníme vzdělávání, tak se z našeho pohledu hluboce mýlí.“³⁸ Na to reaguje ministr zdravotnictví Němeček: „V celé Evropě je běžný jeden obor pediatrie. Nepovažuji úplně za korektní, když lékaři neinformované laické veřejnosti dávají v ordinacích podepisovat petice a straší je tím, že bude ohrožena péče o děti v ambulancích – víme, že tomu tak nebude.“³⁹

Co se týče věkové struktury zubních lékařů v Praze, tak zde se opět můžeme podívat na informace ze Zdravotnické ročenky Hl. m. Prahy za rok 2013. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vykazuje zubní lékařství v Praze rovněž výraznou feminizaci oboru a vysoké zastoupení osob ve vyšším věku (nejvíce v rozmezí 55–64 let, viz obrázek č. 6), i když není v porovnání s pediatrií tak převažující.



Obrázek 6: Věková struktura zubních lékařů (Zdravotnická ročenka Hl. m. Prahy 2013: 137)

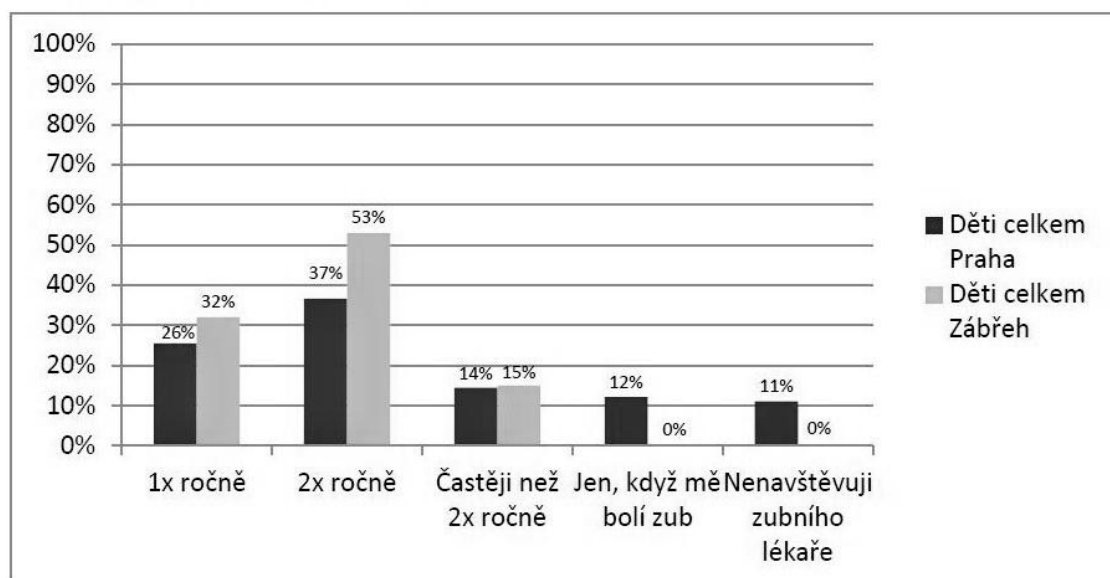
³⁷ <http://www.mladilekari.com/2011/06/aktualni-podminky-specializacniho-vzdelavani-pohledem-mladych-lekaru-o-s/>

³⁸ <http://www.detskylekar.cz/content/petice-za-zachovani-oboru-prakticky-lekar-pro-deti-dorost>

³⁹ <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/06/pediatricie-by-mela-byt-jednim-oborem-shodl-se-zdravotnicky-vybor/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR se detailně zabýval také orálním zdravím vybraných věkových skupin obyvatel ČR⁴⁰. Poslední analýza pochází z roku 2003. Dle této analýzy se kazivost dočasného chrupu u pětiletých dětí oproti předchozím devíti letům snížila a stejně tak počty zubů s neošetřeným kazem. Pro porovnání v roce 1994 mělo 23,9 % dětí intaktní⁴¹ chrup a 63,9 % vyšetřených dětí potřebovalo ošetření. V roce 2003 už bylo 41,6 % dětí s intaktním chrupem a pouze 46 % dětí potřebovalo ošetření. Nicméně počet dětí, které měly chrup v tomto věku již sanován⁴², zůstává v obou zkoumaných letech shodný: 12,3 %. Navíc z výsledků analýzy vyšlo (str. 23): „Nejvýraznější je však rozdíl v počtu zubů indikovaných k extrakci - děti s bolestí potřebují extrahovat⁴³ v průměru osmkrát více zubů než děti ostatní.“ Potvrzuje se tedy významný pozitivní vliv pravidelných preventivních kontrol na stav chrupu dětí.

Navštěvuješ zubního lékaře?



Obrázek 7: Kontakt se zubařem (Křepelková 2014: 50)

Křepelková (2014) zjistila (viz obrázek č. 7), že pouze 51 % 12letých dětí ze zkoumaného vzorku⁴⁴ z Prahy navštěvuje zubního lékaře 2x (jak je doporučováno) nebo

⁴⁰ <http://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/analyza-oralniho-zdravi-vybranych-vekovych-skupin-obyvatel-cr>

⁴¹ Nedotčený a neporušený, tedy zdravý bez potřeby lékařského zákroku.

⁴² Upravován a léčen.

⁴³ Vytahovat, odstraňovat.

⁴⁴ Bylo zkoumáno celkem 180 dětí z Prahy a ze Zábřehu, tj. 90 dětí z každého města.

vícekrát v roce a 23 % pražských dětí ze vzorku ho dokonce nenavštěvuje vůbec, nebo jen v případě bolesti. Poláková (2014) v rámci svého zkoumaného vzorku rovněž reflektuje děti, které vůbec nedocházejí k zubaři, ale pouze v objemu 2 % (nutno podotknout, že výzkum byl prováděn v mateřských školách, takže se jedná o mladší děti ve věku 3-6 let a v takovém případě mohou rodiče projevovat větší aktivitu v dané oblasti), přičemž pouze 63,5 % dětí ze zkoumaného vzorku⁴⁵ navštěvuje zubního lékaře 2x a vícekrát za rok. Poláková eviduje skupinu dětí, které navštěvují zubního lékaře méně než 1x ročně. Tato skupina by mohla být odpovídající skupině dětí u Křepelkové, jež navštěvují zubaře pouze kvůli bolesti. Tím by se celkový počet procent zvýšil na 8,5 %. Nicméně v obou zkoumaných vzorcích byly nalezeny děti, které nedocházejí k zubnímu lékaři bez ohledu na svůj věk.

*„Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček 15. 4. 2015 uvedl, že jedná s ministrem školství Marcelem Chládkem o možnosti, vrátit do škol preventivní lékařské prohlídky dětí,“*⁴⁶ k čemuž by však bylo nutné uskutečnit určité legislativní změny, aby kupříkladu bylo možné realizovat lékařské prohlídky mimo ordinace lékařů i mimo sociální prostředí pacientů. Návrat plošné prevence má vyřešit situaci, kdy rodiče údajně nemají na preventivní lékařské prohlídky svých dětí čas a tuto péči proto zanedbávají. Ministr školství Chládek uvedl, že od zubařů získal informace o tom, že se chrup českých dětí výrazně zhoršil.⁴⁷ Podle informací serveru Deník.cz⁴⁸ je pro zubaře a praktické dětské lékaře představa preventivních prohlídek na školách značně nereálná. Viceprezident České stomatologické komory Robert Houba se v Deník.cz vyjádřil, že kvalitního vyšetření nelze docílit bez zázemí vybavené ordinace s odpovídajícím hygienickým režimem. Ačkoliv zubní ordinace na školách bývaly, došlo k jejich zrušení a jejich znovuoobnovení by bylo finančně příliš náročné.

⁴⁵ Zkoumaný vzorek byl v objemu 197 dotazníků použitých pro vlastní výzkum ze 420 celkem rozdaných.

⁴⁶ <http://www.hasim.cz/content/preventivni-prohlidky-ve-skolach>

⁴⁷ <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/04/na-skoly-by-se-by-pry-mohly-vratit-preventivni-lekarske-prohlidky-ale-je-to-realne/>

⁴⁸ http://www.denik.cz/z_domova/preventivni-prohlidky-na-skolach-zubari-nesouhlas-20150420.html

K tomu všemu je nutné přihlédnout také k tomu, že na základě stanoviska⁴⁹ Ministerstva zdravotnictví k zákonu o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. lze nezletilému pacientovi poskytovat zdravotní služby (až na několik výjimek – například jedná-li se o neodkladnou péči a dítě je v bezprostředním ohrožení) pouze na základě souhlasu jeho zákonného zástupce⁵⁰. I když by rodiče udělili souhlas s vyšetřením dítěte, díky jejich nepřítomnosti při vyšetření by chyběl souhlas k případným dalším výkonům, a tak by i přes preventivní vyšetření bylo nutné, aby dítě následně navštívilo svého stomatologa pro další ošetření a péči.

5.3.1 Očkovat či neočkovat?

Téma, které v poslední době otřásá médii a úzce souvisí se zdravotní preventivní péčí o dítě, je očkování. Podle Ministerstva zdravotnictví: „*Pravidelná očkování v České republice ročně zachrání na 500 lidských životů a zabrání až 150 tisícům infekčních onemocnění, proti nimž existují účinné vakcíny. V Evropě pak díky vakcinaci onemocní na 3 miliony lidí. Česko patří mezi evropské země s jedním z nejvyšších procent proočkovanosti vůbec.*“⁵¹

Jako každý lék, i očkování může mít nežádoucí účinky. Některé jsou očekávané a přechodné, jiné nikoliv. Mohou souviset například s chybnou aplikací zdravotníkem. V současné době jsou patrné tendence některých obyvatel k odmítání očkovat vlastní děti kvůli obavám právě z možných nežádoucích účinků⁵². Očkování může údajně způsobovat trvalé poškození organismu, být spouštěcím faktorem onemocnění jako je autismus či roztroušená skleróza apod. Povinnost očkování je považována pouze za výnosný byznys, na kterém výrobci vakcín bohatnou.

V rámci ochrany veřejného zdraví existují sankce při přijetí neočkovaného nebo jen částečně očkovaného dítěte do předškolního vzdělávání či na ozdravný pobyt. Povinné očkování zůstává podmínkou pro přijetí dítěte do předškolního zařízení s ohledem na výjimky. Rodičům dětí, které nedají své dítě očkovat, hrozí pokuta za odmítnutí očkování

⁴⁹ http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/stanoviska-k-zakonu-c372/2011-sb-o-zdravotnich-sluzbach_2540_11.html

⁵⁰ Souhlas rodiče je nutný nejen podle české legislativy, ale i v souladu s mezinárodní Úmluvou na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.

⁵¹ http://www.mzcr.cz/dokumenty/ockovani-zachrani-pet-set-lidskych-zivotu-rocne_7739_2778_1.html

⁵² Viz například: <http://www.stopockovani.estranky.cz/clanky/dokument-ockovani-1.-cast/>

ve výši 10 tisíc korun. Odpůrci povinného očkování svůj názor vyjádřili také demonstrací⁵³. Nicméně Ústavní soud potvrdil dvěma verdikty v rozsahu dvou týdnů, že systém povinného očkování je nastaven smysluplně⁵⁴.

Ministerstvo zdravotnictví se snaží vyvrátit tvrzení popírající podstatu povinného očkování⁵⁵. V příloženém dokumentu na webové stránce vysvětluje vznik jednotlivých „mýtů“ o škodlivosti vakcín a argumentuje také příkladem, že se v zemích po snížení proočkovanosti znovu objevují již téměř vymýcené nemoci.

⁵³ http://prazsky.denik.cz/zpravy_region/zhruba-stovka-lidi-protestuje-proti-povinnemu-ockovani-deti-20150309.html

⁵⁴ http://www.mzcr.cz/dokumenty/hlavni-hygienikustavni-soud-znovu-potvrdilze-system-povinneho-ockovani-je-na_10065_3237_1.html

⁵⁵ http://www.mzcr.cz/dokumenty/proc-se-nechat-ockovat_8221_114_1.html

6 Zúčastněné strany a jejich povinnosti v otázce ochrany dítěte

V předchozích kapitolách jsme se zabývali jak definováním jednotlivých termínů a jevů souvisejících se sociálním vyloučením, rodinou s dítětem/děťmi či zdravotní péčí, tak jsme si objasnili, kde a jakým způsobem je o nich legislativně pojednáno. Dozvěděli jsme se něco málo také o historii vývoje péče o děti a mládež na českém území. Nyní nám zbývá pojednat také o dalších osobách a profesionálech, kteří mohou danou situaci související se zdravotní péčí o děti a mládež různorodým způsobem ovlivnit (jak svým konáním, tak apatií).

6.1 Oznamovací povinnost

Pokud pomineme rodinu a rodiče dítěte, o kterých již bylo rozsáhle pojednáno v 1. kapitole, tak prvními osobami, které si zpravidla mohou povšimnout nějakého nezvyklého chování v souvislosti s dítětem a jeho rodinou, jsou osoby z blízkého okolí. Kupříkladu sousedé mohou být často svědky opakujících se situací, jež se odehrávají v rodině v jejím dennodenním shonu, a tak si povšimnout čehokoliv nestandardního. Jakákoliv třetí osoba, která by pojala podezření, že se v rodině děje něco nepatřičného a dítě může být takovým jednáním ohroženo, je povinna provést ohlášení příslušným orgánům.

Oznamovací povinnost vztahující se k situacím, kdy je ohroženo dítě, je obsažena ve dvou právních normách. Jednou z nich je **zákon o sociálně-právní ochraně dětí** (č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších právních předpisů).

Konkrétně v § 10 je tato povinnost zakotvena pro státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a poskytovatele zdravotních služeb, popřípadě další zařízení určená pro děti, přičemž se v takovýchto případech „nelze dovolávat povinnosti zachovat mlčenlivost“. Novotný (in Kuzníková a kol. 2011: 140) dokonce tvrdí, že ignorace této ohlašovací povinnosti „může být penalizována částkou až 50 000 Kč“.

Podle § 7: „(2) Každý je oprávněn upozornit orgán sociálně-právní ochrany na porušení povinností nebo zneužití práv vyplývajících z rodičovské odpovědnosti, na skutečnost, že rodiče nemohou plnit povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti.“ A v těchto případech lze oznámení provést anonymně.

Dále je oznamovací povinnost zakotvena v **trestním zákoníku** (č. 40/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Pokud podle § 367 nedojde k překažení trestného činu či podle § 368 k oznámení trestného činu, hrozí dotyčnému až tři roky odnětí svobody. Takovým nenahlášeným trestním činem může být kupříkladu *týrání svěřené osoby*.

Ze zákona jsou tedy jak učitelé, tak lékaři, povinni hlásit jakékoliv nesrovnalosti a obavy týkající se adekvátnosti a dostatečnosti péče o dítě, jež mají ve své péči. Vzhledem k tomu, že zanedbávání péče o dítě bývá nejméně viditelné, může docházet k mylnému vyhodnocení situace.

6.2 Sociální pediatrie

V oblasti pediatrie došlo historicky záhy k vzniku samostatného podoboru – sociální pediatrie. V českých podmínkách byl tento obor ustaven hlavně na základě „*patologické absence sociální péče v padesátých letech*“, píše Dunovský (1999: 22) a vysvětluje, že právě v oblasti soustavného vzdělávání odborníků pracujících s dětmi lze spatřovat její velký osvětový význam. Na základě sociální pediatrie se lékaři pro děti a dorost mohou naučit rozpoznávat rysy zanedbávání dítěte, jež nebývají vždy příliš zjevné.

V roce 1992 byla založena Společnost sociální pediatrie České lékařské společnosti J. E. Purkyně⁵⁶, která sdružuje všechny pracovníky zajímající se či přímo pečující o ohrožené děti. Členství v této společnosti je otevřeno širokému spektru profesionálů. Profesně jsou zde zastoupeni například pediatrii, psychologové, sociální pracovníci, dětské sestry, speciální pedagogové, vychovatelé, fyzioterapeuti, právníci či příslušníci policie ČR.

6.3 Úloha sociální práce v péči o děti a její varianty

Pravdou zůstává, že podle Trutnovské (2013: 141) „*klíčovou pozici ve státním systému ochrany dětí mají sociální pracovníci oddělení sociálně právní ochrany dětí obcí s rozšířenou působností*“, přičemž se sociální pracovníci oddělení sociálně právní ochrany dětí (dále jen OSPOD) do kontaktu s rodinou dostávají přes školu, policii nebo oznámení třetí osoby. Nestává se, že by OSPOD kontaktovala přímo sama rodina.

Česká republika je Výborem OSN pro práva dítěte dlouhodobě kritizována za nedostatečnou ochranu dětí v porovnání s úrovní ochrany v jiných vyspělých státech.

⁵⁶ <http://www.socialnipediatrie.cz/o-spolecnosti>

Výbor OSN v rámci závěrečných doporučení ke své 3. a 4. zprávě o stavu naplňování práv dětí v ČR z roku 2012⁵⁷ například shledává, že „koordinace mezi různými ministerstvy, odbory a institucemi zabývajícími se právy dětí na národní, regionální a úrovni obcí je nedostatečná“, a proto je třeba, aby Česká republika „zajistila nezbytné lidské, technické a finanční zdroje pro realizaci komplexní, ucelené a důsledné politiky práv dítěte na národní, regionální i úrovni obcí“.

Dále je podle Výboru OSN pro práva dítěte nabídka alternativních forem práce s ohroženým dítětem a jeho rodinou nedostatečná, a tak vysoké procento dětí setrvává v ústavní péči. Sociální pracovníce OSPOD jsou přetíženy velkou případovou agendou a kvůli časté neexistenci nebo nedostupnosti služeb pro tuto cílovou skupinu mají tendenci řešit problémy rodiny návrhem na ústavní výchovu dítěte. Zároveň v porovnání s pracovníky z neziskových organizací se pracovníci OSPOD necítí podporu ze strany vedení organizace, postrádají pravidelné supervize a oblast dalšího vzdělávání vnímají jako nestabilní a roztržitou. (Trutnovská 2013)

Burešová (2013: 147) poukazuje na to, že „za zřizování a rozvoj sociálních služeb mají na svém území odpovědnost především kraje“, jejich prioritou však bývá řešení situace seniorů, případně osob se zdravotním postižením. Ačkoliv Ministerstvo práce a sociálních věcí od roku 2012 aktivně usiluje o transformaci systému péče o ohrožené děti v České republice⁵⁸, jsou tyto transformační procesy bohužel více zaměřeny na pěstounství na místo podpory původní rodiny. Například zavedení státního příspěvku na výkon pěstounské péče umožňuje větší finanční zabezpečení v této oblasti. (Burešová: 2013)

Flexibilnější péči a pomoc rodinám s dětmi by mohli nabídnout sociální pracovníci pracující jako zaměstnanci obcí s pověřeným obecním úřadem, neboť jsou více v dosahu místních obyvatel, což umožňuje zasáhnout včas, než se vzniklé problémy nakumulují. Nicméně Kodymová a Suda (2013) upozorňují na to, že vedení obcí podceňují význam sociální práce (obzvláště po přesunu dávkové agendy na obce s úřadem s rozšířenou působností), a ta je pak často zredukována. Úvazky jsou ve výsledku zkumulovány s agendami jiné státní správy v přenesené působnosti či samosprávy a na výkon poctivé sociální práce pracovníkovi opět nezbyvá dostatečný prostor.

⁵⁷ http://www.unicef.cz/odkazove_zdroje_textove_materialy/zaverecna_doporučení_výboru_osn_pr_o_dětska_práva_ke_3._a_4._zprávě_2012.doc

⁵⁸ <http://www.mpsv.cz/cs/14322>

6.3.1 Školská sociální práce

Již počátkem 30. let 20. století bylo v tehdejším Československu započato jednání o zřízení systemizovaných školních sociálních pracovníků podle zahraničního vzoru. (Kodymová 2013) Funkce školního sociálního pracovníka se vyprofilovala postupně. Historicky nejdříve se začala rozvíjet v USA a to v letech 1906-1907 na základě činnosti privátní agentury a občanské organizace, jež zabezpečovaly dobrovolnickou pomoc žákům např. se stravováním či vypracováváním domácích úkolů apod. (Tokárová a Matulayová in Matoušek a kol. 2013)

Činnost sociálních pracovníků při školách byla v Československu zdůvodňována tím, že „*práce školního lékaře není dostačující, když nesahá dál, než jsou dveře školní budovy*“, vysvětluje Kodymová (2013: 113) roli tehdejších sociálních pracovníků. Aby bylo dosaženo kýženého efektu, je potřeba do prevence zahrnout také spolupráci s rodinou a právě sociální pracovníci se staly spojnicí mezi všemi zúčastněnými stranami (pedagogem, žákem, sociálními institucemi a rodinou).

Podle Tokárové a Matulayové (in Matoušek a kol. 2013) je v současnosti *školní sociální pracovník* či *sociální pracovník ve škole* pro českou i slovenskou školní legislativu pojmem neznámým, ačkoliv by jeho zřízení část učitelů uvítala. Nicméně systémové překážky neumožňují ustavení takové pracovní pozice. Oponuje se tím, že tuto činnost již dostatečně saturují jiní odborní pracovníci školy, v České republice: pedagog volného času, speciální pedagog, metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně či asistent pedagoga.

„*Sociální pracovníci pomáhají budovat vazbu mezi školou a konkrétní rodinou v případech, kdy je vazba zpřetrhaná a něco nefunguje. (...) Sociální pracovník usiluje o domluvu spolupráce mezi rodiči a školou,*“ oponuje Lauermann (in Baláž 2013: 22) a upřednostňuje, aby případné zavedení pozice sociálního pracovníka na škole proběhlo autoritativně, neboť pokud nebude k dispozici dostatečná institucionální podpora, může se stát ze sociálního pracovníka z pohledu tamějších učitelů nežádoucí element.

Sociální pracovník kupříkladu může tuto funkci plnit na pozici koordinátora komunitního vzdělávání. Komunitní školy se začaly rozvíjet v České republice koncem roku 1989, kdy se začalo upouštět od omezeného pojetí role školy v obci směrem ke zvyšování socioekonomické kapacity dané lokality – zapojení veřejnosti v účasti na dění ve škole. Sociální pracovník jako odborník na sociální prostředí by mohl být tím pravým

adeptem pro takovou pozici, protože disponuje širokým spektrem vědomostí užitečných pro tuto oblast. (Krausová 2013)

Zajímavým řešením by bylo též zkombinování činnosti školního speciálního pedagoga/výchovného poradce a školního sociálního pracovníka s cílem dosáhnout spolupracující dvojice profesionálů v rámci jedné instituce. Činnost takových dvou profesionálů by zajistila komplexní péči ve všech směrech s ohledem jak na pedagogické, tak sociální aspekty. Kupříkladu obsah standardních činností školního metodika prevence podle vyhlášky MŠMT č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních odpovídá znalostem a schopnostem, které může nabídnout rovněž sociální pracovník, neboť se převážně týkají problematiky sociálně patologických jevů.

7 Empirické výzkumné šetření

7.1 Cíl šetření

Po teoretické stránce jsme problematiku zajištění základní zdravotní péče pro děti a mládež rozebrali z několika různých pohledů. V této kapitole se zaměříme na zjištění aktuálního stavu fungování zdravotnického systému péče o děti a mládež v České republice z pohledů různých zainteresovaných osob. Funkčnost současného systému bude zjišťována na základě výpovědí rodičů (převážně matek) s dětmi ze sociálně znevýhodněného prostředí a příslušných lékařů, aby bylo dosaženo pokud možno co nejvíce komplexního pohledu na danou situaci.

Hlavním cílem je zmapovat, zda je současný systém natolik funkční, že nedochází k „propadu sítím“ sociálně znevýhodněných jedinců a pokud ano, definovat problematické oblasti a navrhnout řešení daného stavu.

7.2 Metody výzkumu

Pro vypracování empirického výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie s cílem hlouběji prozkoumat a porozumět procesům odehrávajícím se v oblasti daného tématu. I s ohledem na požadované respondenty (praktikující lékaře; rodiče s dětmi) bylo kvalitativní dotazování vyhodnoceno jako nejvhodnější, neboť snižuje pravděpodobnost vzájemného nepochopení se a umožňuje dosažení kontaktu s respondenty, kteří by při „pouhém“ vyplňování odpovědí (např. v dotazníku) mohli být nedostatečně motivováni k jakékoliv vlastní aktivitě, natož pak k obsáhlé odpovědi. Také vyhovuje dosažení cílu výzkumu: proniknout hlouběji do tématu.

Pro jednotlivé skupiny dotazovaných osob byly předem vypracovány návody k uskutečnění rozhovorů. Tyto návody se v průběhu sběru dat upravovaly s ohledem na zjišťované informace, aby byly cíleny přesněji a obsáhly i nově otevřená témata, jejichž existence byla zjištěna až v průběhu realizace prvních rozhovorů. Konkrétní návody a jejich průběžné úpravy jsou rozebrány v podkapitolách jednotlivých skupin respondentů v následující kapitole.

7.3 Výzkumný vzorek

Vzhledem k fyzickým a časovým možnostem autorky diplomové práce byl výzkumný vzorek sestaven z respondentů na území města Prahy. Lze očekávat, že situace v jiných oblastech mimo území hlavního města Prahy může být odlišná. Situace v rámci Prahy vychází z tamních specifických podmínek a je nepřenositelná na jiné oblasti. V porovnání se situací v oblastech s menšími městy a vesnicemi dokonce nesrovnatelná, neboť v malých městech a vesnicích jsou pacienti odkázáni na omezený výběr lékařů ve svém okolí a mají v tomto směru úzké manévrovací pole, protože musí zohledňovat například místní a časovou dostupnost. Zároveň však lékaři a další zainteresované osoby mohou jednat jiným způsobem, pokud pocházejí z menšího města a dítě i jeho rodinu dobře znají, protože se s nimi dennodenně setkávají v sousedství, oproti lékařům z větších měst, pro které může být dítě a rodina naprosto cizí a nemusí díky tomu dojít k navázání tak blízkého vztahu.

Vzhledem k rozloze území města Prahy a tím pádem i počtu lékařů na daném území a možnostech jejich dosahu (např. je zde k dispozici časově téměř neomezená městská hromadná doprava), lze předpokládat, že situace na území města Prahy představuje tu lepší a šťastnější variantu stavu v porovnání s jinými oblastmi na území České republiky.

Aby bylo dosaženo respondentů – rodičů s dětmi – ze sociálně znevýhodněného prostředí, autorka diplomové práce se rozhodla oslovit rodiče s dětmi, kteří se aktuálně nacházejí v azylovém bydlení. Tito rodiče se nacházejí v obtížné životní situaci, a proto naplňují podmínku reálné vlastní zkušenosti se sociálním znevýhodněním, neboť se potýkají s finančními a bytovými obtížemi, se kterými se pojí také další nesnáze (např. zajištění všech potřeb vlastních dětí) a jež často vycházejí z jim předcházejících problémů jako je týrání, rozvod, dluhová tíseň apod.

Zjistit, kteří konkrétní lékaři nejčastěji ošetřují děti a mládež rodičů ze sociálně znevýhodněného prostředí, bylo prakticky nereálné, a proto autorka diplomové práce upřednostnila volbu lékařů z několika oblastí, jež byly Ministerstvem práce a sociálních věcí vyhodnoceny jako jedny ze sociálně vyloučených či sociálním vyloučením ohrožených romských lokalit⁵⁹(Praha 5, 8 a 9). Vzhledem k umístění jednoho z azylových domů (Praha 7), ve kterém se nacházela převážná část respondentů ze strany rodičů, byli osloveni rovněž lékaři z této oblasti. Celý výzkumný vzorek je doplněn také o lékaře

⁵⁹ http://www.esfcr.cz/mapa/int_pha.html

z dalších městských pražských částí. Jedná se tedy spíše o hloubkovou sondu na území hlavního města Prahy.

Z lékařského prostředí byli vybráni doktoři ze dvou odborností, u kterých lze předpokládat nejčastější kontakt s dětmi a mládeží v primární péči a to pediatrii a zubaři.

Respondenti byli rozděleni do skupin:

- 1) praktičtí lékaři pro děti a dorost
- 2) stomatologové se zkušeností s dětskými pacienty
- 3) rodiče s dětmi z azylových domů

V následujících podkapitolách budou uváděny návody k rozhovorům s jednotlivými skupinami respondentů. Otázky uváděné v závorkách za očíslovanými hlavními otázkami jsou pouze doplňující a jsou zde zmiňované pro představu, jakým směrem se získávání podrobnějších informací zhruba ubíralo.

7.3.1 Praktičtí lékaři pro děti a dorost

(dále jen „pediatrii“)

Respondenti z lékařského prostředí byli autorkou diplomové práce vyhledáváni na volně přístupných webových stránkách⁶⁰ a následně náhodně oslovení podle časových možností autorky diplomové práce. Autorka zvolila metodu přímého kontaktu, takže se lékaře nepokoušela oslovit předem pomocí telefonu či e-mailu. Oslovení lékařů probíhalo v rámci jejich standardních ordinačních hodin. Někteří lékaři poskytli rozhovor ve stejný den, kdy byli osloveni, když to umožňoval aktuální stav pacientů v čekárně. Jiní nabídli možnost kontaktu v jiný den a čas.

Celkový počet respondentů je 12 osob (10 žen, 2 muži), přičemž pouze jeden respondent odmítl, aby byl rozhovor nahráván na zvukové médium. U všech respondentů byla zaznamenána délka jejich praxe v daném oboru.

⁶⁰ Například: <http://www.detskydoktor.cz/>

Respondenti svou pediatriickou praxi provádějí v těchto městských obvodech:

Městský obvod:	Počet respondentů:
Praha 5	2
Praha 6	3
Praha 7	3
Praha 8	2
Praha 9	2

Tabulka 1: Počet respondentů s pediatriickou praxí v jednotlivých městských obvodech

V následujícím textu bude užívána ustálená zkratka pro *orgán sociálně právní ochrany dětí*: OSPOD. Základní sada otázek pro rozhovor s pediatry pomocí návodu je tato:

- 1) Jaká je Vaše zkušenost s docházkou rodičů s dětmi na pravidelné preventivní prohlídky? (Pokud někteří nedorazí, aniž by se omluvili, jak moc časté to je? Bývá to opakované u stejné rodiny? Bylo třeba to někdy hlásit OSPOD?)
- 2) Máte profesní zkušenost se zanedbáváním péče o dítě ze strany rodičů?
- 3) Kdybyste měl/a odhadnout, kolik případů zanedbávání péče o dítě je průměrně nutné hlásit OSPOD za 1 rok, kolik by to bylo?
- 4) Poskytujete péči dětem či mládeži, pokud dorazí do vaší ordinace bez doprovodu dospělé osoby? (Od jakého věku? Za jakých podmínek?)
- 5) Zajímá Vás jako pediatra, zda bylo dítě zaregistrováno u některého zubního lékaře?
- 6) Sledujete nějakým jiným způsobem pravidelnou docházku dítěte k zubaři?
- 7) Jaký je Váš názor na zubní průkaz?
- 8) Máte zkušenost se zanedbáním zubní péče dítěte?
- 9) Jak byste takovou situaci řešil/a, pokud by nastala? / Jak jste vzniklou situaci řešil/a?
- 10) Pokud byste měl/a porovnat stav fungování zdravotních prohlídek dětí v současnosti s dřívějším modelem hromadných prohlídek organizovaných školami, kterou variantu byste upřednostnil/a a proč?

Základní sada otázek byla průběžně rozšířena o další témata týkající se ne/dostatečného počtu pediatrů a dosažitelnost zubních lékařů v daném městském obvodu.

7.3.2 Stomatologové se zkušeností s dětskými pacienty

(dále jen „zubaři“)

Respondenti – zubaři byli kontaktováni stejným způsobem jako pediatři. Po vyhledání konkrétních lékařů na webových stránkách došlo k osobnímu oslovení v terénu. U zubařů bylo výraznou komplikací zjišťování, zda vůbec ošetřují také dětské pacienty, neboť taková informace zpravidla nebyla zjistitelná předem. Zubaři často nebyli ochotni uskutečnit rozhovor z důvodu nedostatečné zkušenosti s dětskými pacienty, kterých dle uváděných informací mají pouze nepatrný počet v porovnání s dospělými pacienty.

U zkoumaného vzorku ze skupiny zubařů bylo dosaženo 10 respondentů (9 žen, 1 muž). Jeden respondent z celkového vzorku odmítl, aby byl rozhovor nahráván na zvukové médium. U všech respondentů byla zaznamenána délka jejich praxe v daném oboru. Respondenti svou stomatologickou praxi provádějí v těchto městských obvodech:

Městský obvod:	Počet respondentů:
Praha 5	2
Praha 6	2
Praha 7	1
Praha 8	2
Praha 9	3

Tabulka 2: Počet respondentů se stomatologickou praxí v jednotlivých městských obvodech

Základní sada otázek pro rozhovor se zubaři pomocí návodu je tato:

- 1) V jakém věku k Vám děti zpravidla přicházejí poprvé do ordinace?
- 2) Z jakého důvodu poprvé nejčastěji přicházejí?
 - a. registrace pro následné kontroly
 - b. bolest zubu či jiné dentální obtíže
- 3) Jakou máte zkušenost s docházkou dětí na pravidelné preventivní prohlídky?
- 4) Docházejí některé/ří děti/mladiství na kontroly samy/i bez doprovodu dospělé osoby? (Od jakého věku? Za jakých podmínek?)
- 5) Jakým způsobem se bez přítomnosti rodičů řeší případné finanční záležitosti? (poplatky za léčbu apod.)
- 6) Řešil/a jste v rámci své profesní praxe situaci, kdy by rodič dítěte neměl finance na zaplacení zákroku? Jakým způsobem jste to řešil/a?

- 7) Nabízíte svým pacientům jako jednu z variant zubních výplní také amalgám hrazený pojišťovnou?
- 8) Jaký je Váš názor na zubní průkazy?
- 9) Probíhá jakákoliv komunikace mezi vámi a pediatrem dítěte?
- 10) Pokud byste měl/a porovnat stav fungování zdravotních prohlídek dětí v současnosti s dřívějším modelem hromadných prohlídek organizovaných školami, kterou variantu byste upřednostnil/a a proč?

V porovnání s praxí pediatra, který je schopen rozpoznat dítě ze sociálně znevýhodněného prostředí respektive dítě, jehož péče je dlouhodobě zanedbávána, protože kontroluje celkový stav dítěte, tak zubař takovou možnost nemá, neboť stav dutiny ústní nemusí vždy korespondovat s prostředím, ze kterého dítě pochází. Proto je obtížné dotazovat se zubaře na zkušenosti se sociálně znevýhodněnými dětmi. Z tohoto důvodu jsem vynechala otázku: *Máte profesní zkušenost s dětskými pacienty ze sociálně znevýhodněného prostředí?* Nabízí se totiž otázka, jak by měl zubař rozpoznat, že má takové dítě v ordinaci. A na tu nelze jednoznačně odpovědět, protože bychom se pohybovali na poli dohadů a domněnek. Jiným případem by bylo, kdyby sám zubař deklaroval svou spolupráci s nějakým zařízením jako je např. azylový dům. K tomu však u zkoumaného vzorku respondentů nedošlo.

7.3.3 Rodiče s dětmi z azylových domů

(dále jen „rodiče“)

Respondenti - rodiče byli kontaktováni ve spolupráci se třemi organizacemi, které poskytují pobytové sociální služby formou azylového ubytování. Konkrétně se jedná o Kolpingův dům v Praze 8 - Bohnice⁶¹, azylový dům Otevřené srdce v Praze 7 - Holešovice⁶² a spolek Společnou cestou z. s. z Prahy 11 - Chodov⁶³. Výzkumný vzorek je celkově složen z 10 respondentů (9 matek, 1 otec). U všech rodičů byl zaznamenán jejich věk, počet a věk dětí a osobní zkušenost s azylovým bydlením (zda se jedná o první či opakovanou zkušenost s pobytem v azylovém ubytování).

⁶¹ <http://www.kolpingpraha.cz/azylovy-dum/>

⁶² http://azylovydum.sweb.cz/azylovy_dum.html

⁶³ <http://www.spolcest.cz/azylove-ubytovani/>

Rozložení zastoupení respondentů z jednotlivých organizací:

Název organizace:	Počet respondentů:
Kolpingův dům	2
Otevřené srdce	6
Společnou cestou	2

Tabulka 3: Počet respondentů - rodičů z jednotlivých azylových domů

Autorka diplomové práce průběžně usilovala o rozšíření zkoumaného vzorku. Nízký počet respondentů byl dle informací od sociálních pracovníků výše zmíněných organizací částečně způsoben vyčerpáním kapacity klientů azylového bydlení. Vzhledem k lokaci (Praha – mnoho škol na daném území) je zde velký nápor studentů snažících se získat data pro své jednotlivé výzkumy, takže klienti azylového ubytování jsou dotazováni poměrně často a je obtížnější je pro uskutečnění rozhovorů zaujmout.

S některými organizacemi vůbec nebylo možné navázat kontakt, protože v rámci telefonního hovoru příslušní zaměstnanci odmítali zprostředkovat spojení s kýmkoliv z vedení azylového ubytování s odpovědí, že pro domluvu je k dispozici pouze e-mail. Na zprávy zaslané následně pomocí e-mailu však autorce diplomové práce nikdy nedorazila žádná odpověď (ani záporná).

Základní sada otázek pro rozhovor s rodiči pomocí návodu je tato:

- 1) Má Vaše dítě stálého pediatra, ke kterému dochází od narození?
- 2) Jak jste spokojen/a s poskytovanou péčí?
- 3) Dochází vaše dítě pravidelně k zubnímu lékaři? Od kdy a proč?
 - a. doporučení pediatra
 - b. vlastní iniciativa
- 4) Má Vaše dítě zubní průkaz?
- 5) Je zubní průkaz pravidelně vyplňován zubním lékařem?
- 6) Je zubní průkaz pravidelně kontrolován pediatrem?
- 7) Zjišťuje pediatr jiným způsobem, zda dítě dochází na preventivní zubní kontroly?
- 8) Navštívilo Vaše dítě někdy lékaře samo bez dospělého doprovodu?
- 9) Řešil/a jste někdy finanční obtíže v rámci poskytování lékařské péče?
- 10) Uvítal/a byste, aby se obnovil systém hromadných zdravotních prohlídek organizovaných v rámci školy, nebo Vám vyhovuje současný stav?

Základní sada otázek pro rodiče se v zásadě neměnila, pouze v průběhu došlo k rozšíření o otázku na zkušenosti rodičů s využitím *potvrzení o hmotné nouzi* v rámci lékařského prostředí. Toto potvrzení totiž může mít vliv na ne/placení některých úkonů ve zdravotnickém prostředí. Dříve se hojně využívalo pro oproštění z placení regulačních poplatků za zdravotní péči. Dnes je jeho využití převážně při vystavení *potvrzení o zdravotním stavu* pro přihlášení k nástupu do mateřské školy, na pobyt na táboře apod.

7.4 Výsledky šetření

Nyní se zaměříme na informace získané od jednotlivých respondentů. Ti jsou pro větší přehlednost opět rozděleni podle skupin do podkapitol, kde jsou postupně rozebrány jejich odpovědi na pokládané otázky. Autorka diplomové práce podle svého uvážení doplnila k jednotlivým otázkám citované úryvky z rozhovorů, jež se daného tématu týkají. Každá podkapitola je zakončena dílčím závěrem a celkové výsledky budou sumarizovány v závěrečném shrnutí.

7.4.1 Praktičtí lékaři pro děti a dorost

(dále jen „pediatri“)

- 1) Jaká je Vaše zkušenost s docházkou rodičů s dětmi na pravidelné preventivní prohlídky?
- 2) Máte profesní zkušenost se zanedbáváním péče o dítě ze strany rodičů?
- 3) Kdybyste měl/a odhadnout, kolik případů zanedbávání péče o dítě je průměrně nutné hlásit OSPOD za 1 rok, kolik by to bylo?

Pediatri (celkem 12 respondentů) se shodli, že s docházkou na pravidelné preventivní prohlídky nebývá problém. Když už se stane, že se někdo nedostaví, jedná se zpravidla o opomenutí termínu. Pokud je nutné v mimořádných případech kontaktovat OSPOD, jde o situaci, kdy rodiče s dětmi změnili své trvalé bydliště a zapomněli pediatrům nahlásit změnu lékaře.

Co se týče zkušenosti se zanedbáváním péče o dítě ze strany rodičů, jeden pediatr zcela popřel, že by kvůli takové záležitosti musel během své profesní kariéry kontaktovat OSPOD. Další respondenti potvrdili, že mají zkušenost se zanedbáváním péče o dítě a v četnosti hlášení takových případů OSPOD se rozdělili do třech skupin:

Četnost hlášení OSPOD:	Počet respondentů:
1x – 3x za 1 rok	4
1x za 2 roky	2
Konkrétní rodiny (1 – 3 děti)	5

Tabulka 4: Četnost hlášení OSPOD

U poslední skupiny v tabulce s převažujícím počtem respondentů tito pediatři sdělili, že se jedná pouze o několik konkrétních rodin, které OSPOD zpravidla již sleduje. Takoví pediatři tedy měli v průběhu své profesní kariéry 1 – 3 případy dětí vyžadující hlášení OSPOD.

„Mám tady jednu rodinu, kterou musím občas, že jo, když teda nepřijdou, tak já je oslovím, napíšu jim, eventuálně nějakou esemesku nebo se jim snažím zavolat, ale ona nebere telefon. A když teda už mě to zlobí, že jo, když už třeba vidím, že se tam něco děje, nebo se jedná o očkování, kdy teda se to musí nějakým způsobem, aby se to vešlo do toho kalendáře, tak oslovím teda OSPOD. (...) Je tady takových pár matek, o kterých ten OSPOD ví. Sleduje je, dejme tomu nějak, takže nás kontaktují, jak se ty mamky chovají, nebo jestli teda choděj nebo nechoděj. Ale všechny jsou vzorný, takže spíš je to teda z té druhé strany, že teda oni se starají a oni se teda ptají.“

žena, pediatr – 42 let praxe, Praha 5

„Zanedbání péče, no tak, ojediněle naštěstí, ale samozřejmě jsou tady ojediněle děti, který třeba musí být umístěný v Klokánku, jo, že nákej problém tam v té rodině je.“

žena, pediatr – 40 let praxe, Praha 8

„Tak jako jsou děti, který jsou z různých důvodů sledovány péčí o dítě dneska OSPODem, ale jako většinou to vzniká už od porodnice, že třeba jsou to rodiny se složitým sociálním zázemím.“

žena, pediatr – 35 let praxe, Praha 9

- 4) Poskytujete péči dětem či mládeži, pokud dorazí do vaší ordinace bez doprovodu dospělé osoby?

Zde se všichni pediatři odkazovali ke stanovisku Ministerstva zdravotnictví k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách⁶⁴. Obojí nabylo účinnosti dne 1. dubna 2012. Podle tohoto stanoviska lze poskytnout zdravotní služby nezletilému pacientovi bez souhlasu jeho zákonného zástupce pouze v případě, že jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče k záchraně života či zamezení vážného poškození zdraví, nebo pokud je u něj podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

Situace je tedy taková, že do patnácti let věku by dítě nemělo docházet do ordinace lékaře bez doprovodu dospělé osoby⁶⁵. Od patnácti let věku dítěte je možné podepsat souhlas zákonného zástupce se samostatným docházením dítěte do ordinace. V praxi se pediatři rozdělují na dvě skupiny. Pouze čtyři respondenti potvrdili, že trvají na důsledném dodržování vyhlášky, a dítě, které přijde do ordinace bez doprovodu dospělé osoby, odmítají ošetřit:

„To se stává, od patnácti můžou, přijdou rodiče to podepsat, s tím, že jsme tu dlouho tady v okolí, ty rodiny známe, jo, ale když to není závažnej stav. Nemocný samotný, to moc nejde, jo. (...) Oficiálně od patnácti a se souhlasem zákonného zástupce. To by mělo být založeno v kartě. Tohle to má svoje opodstatnění, já chci i velký, aby chodili na laboratoř s někým. Udělá se mu špatně, kdo ho bude hlídat. Na očkování s někým. (...) Pod patnáct to nejde. Nedomluvíte se ani s velkým a natož s malým. To nejde. Nemůžete jim dát do ruky recept, kdyby se cokoliv stalo, tak jsme v tom.“

žena, pediatr – 35 let praxe, Praha 9

⁶⁴ http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/poskytovani-zdravotnich-sluzeb-nezletilemu-pacientovi_6100_2540_11.html

⁶⁵ A v případě, že doprovodnou osobou není zákonný zástupce, je třeba s ním předem sepsat souhlas o povolení jiné doprovázející osoby.

„Stává se to zcela výjimečně (že by dítě přišlo bez doprovodu dospělé osoby), ale tak jenom jednou, protože podruhý ho už nevemu. Já vždycky chci, aby přišli rodiče. Do patnácti let určitě musí rodiče, jinak nevyšetříme, nebo když už tu rodinu znám delší dobu, tak se po telefonu domluvim někdy, nebo mi rodiče zavolaj, s čím to dítě přijde. A zase po odchodu, s čím odešlo, aby prostě to dítě bylo hlídáný. Ale jinak teda podle svých zkušeností dítě v pubertě sedmnáctiletý, osmnáctiletý většinu věcí zapomene, když vyjde ze dveří, takže mám radši, když přijde i s rodičema. Pokud je to něco závažnějšího a ten rodič se nedostaví, tak já ho kontaktuju, nebo sestřička telefonicky.“

muž, pediatr – 50 let praxe, Praha 8

„Tak dřív se to stávalo i víc (že děti docházely bez doprovodu dospělé osoby), po tom bylo období, kdy teda se tak jako trvalo na tom, aby teda bylo v doprovodu dospělých. Ale tak ty starší děti jako dost často přijdou samy. My je máme do devatenácti let, že jo. Čili ty sedmnácti-osmnáctiletý děti přijdou třeba už samy, jo. Ale pod patnáct let, to ne.“

žena, pediatr – 38 let praxe, Praha 5

Jeden pediatr přiznal, že doprovod dospělé osoby pro něj není důležitý a dítě ošetří v každém případě. Dalších sedm respondentů uvedlo, že se poměry kolem stanoviska Ministerstva zdravotnictví uvolnily a v současné době jsou ochotni ošetřit bez doprovodu dospělé osoby také dítě mladší patnáct let, přičemž v praxi jsou zvyklí, že se s nimi rodiče před či po návštěvě dítěte v ordinaci telefonicky spojí. Při využívání komunikace rodičů pomocí telefonu jsou ochotni přijmout k ošetření také dítě ve věku 10-12 let.

„No to byla nějaká vyhláška, která už mezitím byla zase nějak zrušená. Obecně platí, že děti do patnácti let by měly chodit v doprovodu. Většinou teda chodí, určitě do těch deseti dvanácti let ano. Někdy přiběhnou ty plus minus patnáct samy, tak já v tom problém jako nevidím. Někdy dokonce i maminka zavolá relativně často, posílám k vám kluka s timhle a s timhle. Taky v tom není problém. Jako malé dítě pod dvanáct let nepřijde samo. To starší ke konci základní školní docházky, ale až tak k těm patnácti letům, tak se tu někdy objeví. Jsou typy, který se třeba objeví častěji takhle samy, ale většinou i ta maminka jako zavolá, že o tom ví a že prostě s nákým tím konkrétním problémem ho sem posílá.“

žena, pediatr – 40 let praxe, Praha 8

„Bohužel to se stává. Maminky jsou zaměstnaný, maj problém s uvolňováním. Já si netroufnu ho (dítě bez doprovodu) poslat domu. Ale trvám na tom, aby maminka pak zavolala. (...) To je skoro každý den. Teda ne pětiletý, ale od těch třinácti let jako choděj třeba samy. A já říkám, maminka musí zavolat, já tebe nemůžu informovat o tom, co ti je, nebo co máš dělat, jo. A nebo maminky mi samy zavolaj, koukejte já potřebuju tohle támhle, může přijít? A já říkám, jó a pak mi zavoláte a já vám to řeknu. Tak to se taky dá, jo, ale musí ty rodiče to samozřejmě vědět.“

muž, pediatr – 30 let praxe, Praha 9

„Oni většinou zavolat ty rodiče, že posílaj dítě, nebo přijdou rovnou ze školy. A to se rovnou domluvíme. Já ho vyšetřím a oni pak zavolaj, jak to dopadlo. To dám i recept do ruky, když je to nutný, ale vždycky domluvíme telefonicky s rodičema, jo. (...) Spíš ten druhý stupeň od tý sedmý osmý. Ty mladší opravdu výjimečně. Ten nejmenší věk těch deset let anebo spíš přijdou na tu prevenci, když jsou zvaný, voni maj školu tady třeba hned vedle, že přijdou z tý školy samy a rodiče pak telefonujou. Že si pak třeba i přijdou pro doporučení a tak.“

žena, pediatr – 37 let praxe, Praha 7

„Samy choděj, ale až po domluvě s maminkou. Když přijdou samy a je jim třeba dvanáct třináct, tak se na ně podívám. Jó, a Rusáci, ty jsou samostatný už od malička.“

žena, pediatr – 42 let praxe, Praha 5

- 5) Zajímá Vás jako pediatra, zda bylo dítě zaregistrováno u některého zubního lékaře?
- 6) Sledujete nějakým jiným způsobem pravidelnou docházku dítěte k zubaři?

Z celkového počtu 12 pediatriů ve zkoumaném vzorku tři respondenti odpověděli, že u svých pacientů nesledují registraci u zubního lékaře:

„Tak to nekontroluju. Možná jako nevím, jestli to máme kontrolovat. Pravda je, že rodiče malých dětí relativně často už tak někdy kolem roku se ptají, jestli by neměli jít k doktoru a my je tam většinou po tom roce posíláme a doporučujeme, protože konkrétně tady nad námi je několik zubních lékařů. Něk se to tam vyměnilo, jsou tam nějaký mladý, ta moje generace už to nějak opustila a berou i děti. Ale že bych třeba sama se ptala, tak třeba v tom je nákej nedostatek. Ty zuby vidím třeba při těch prohlídkách, tak kdybych viděla

někdy, já nevím, že ve třech letech má polovinu zubů zkažených, tak bych se asi zeptala, chodíte k zubaři, že jo. Ale jako nějak primárně se jich neptám.“

žena, pediatr – 40 let praxe, Praha 8

„Ne. Oni maj problém sehnat zubaře, dneska, že jo. Jako oni se i občas ptaj a já říkám, musíte sehnat, protože dětský zubaři nejsou. Tady se postavilo mraky sídliště, mraky lidí se nastěhovaly, ale doktoři jsou tady furt stejní. Tady nepřibýlo jediný doktorský místo, jo. Takže tady opravdu vážne komunikace stát versus pojišťovny a versus teda podle. Protože když se kdysi dávno postavilo nějaký sídliště, tak se tam postavila pošta, středisko a hospoda. Dneska developeri postavěj sídliště a tím to pro ně končí. A kam maj ty lidi chodit, to už je nezajímá. To je chyba státu.“

muž, pediatr – 30 let praxe, Praha 9

„Jako prohlížíme zuby, jako ptáme se, jestli choděj na ortodoncii spíš. Jestli choděj na zubní, to už se nedá moc. Jako v rámci tý prohlídky hodnotíte stav chrupu, jednak teda ty rodiče by si to měli najít, není to jednoduchý samozřejmě. Ne každý chodí, protože nemá kam.“

žena, pediatr – 35 let praxe, Praha 9

Na problém nedostatečného počtu zubních lékařů, kteří by přijímali dětské pacienty, upozornilo celkem sedm respondentů:

„Je to velký problém, dětský stomatologové jsou jak šafránu. Maj plný ordinace, takže bohužel já jim nemůžu to sehnat. Já jim řeknu, samozřejmě sedněte ke zlatým stránkám a teď se otevíraj další a další ordinace, takže třeba vás vezmou. Nebo zubař, který tady je rodinný zubař, tak třeba někde někdo to dítě vezme do péče, ale někdy to fakt je problém. Tady (v rámci polikliniky) dětský zubař speciální není. A v rámci třeba těch starších dětí, některý ten zubař je vezme. Ty, co třeba měli starší děti, ty tam chodily, tak tam možná někdy vezmou i ty mladší, ale velmi zřídka. Takže my jsme někdy zpočátku, když se otevřela dětská stomatologie na Praze 10, tak zpočátku oni brali, to bylo takový i hezký pracoviště, takže jsme jim to doporučovali, ale je to hlavně na tom rozhodnutí a hledání toho rodiče.“

žena, pediatr – 38 let praxe, Praha 5

„Jako jsou tady poblíž (zubní lékaři), ale taky se stane, že jako jsou dost plný, takže oni jako berou snad jako ty, co tady bydlej, ale už se jako brání nák těm odjinud, tak to jako odmítaj, aby sem chodili.“

žena, pediatr – 30 let praxe, Praha 7

„Jako kolikrát přijdou rodiče s tím, že sami se zeptaj, jestli nevim o nějakým zubaři, že prostě nemůžou nikoho sehnat. Takže tady sbírám různý kontakty, když někdo řekne třeba v rámci nějakých rozhovorů s rodičema, tady mamky si povídaj, tak napíšu vždycky někoho, když teda je, jo. S tou zubařskou péčí to moc dobrý teda není. Jako rodiče sháněj, ale není to jednoduchý nikdy.“

žena, pediatr – 42 let praxe, Praha 5

„Já se na to zeptám, ale víc nemůžu udělat, protože dětských zubních lékařů je málo. Některý choděj k dospělákům, když je vemou, když tam chodí i maminka, tak se jim na ty zuby aspoň kouknou. Ale tohle se uhlídat nedá. Já jim to můžu doporučit, že musíte k zubaři, oni tam v tom očkováku to mají takovej zubní kalendářík. Tady dole je dětskej zubař, ale když pošlu to dítě pak do Motola a tam řeknou, že no prosím vás, ke komu vy chodíte, no to je hrozný, tam už nechod'te, najděte si jiného zubaře, to říká Motol jako zubní. Ale já nemám možnost je poslat někam jinam, to je na rodičích, aby si našli doktora. Oni to přestali preferovat a tím pádem ty dětský zubaři, ono to není finančně pro ně zajímavý, protože to přestali platit, takže každěj radši dělá tu medicínu, tu zubní, tu drahou, než aby dělal dětskou, že jo.“

žena, pediatr – 45 let praxe, Praha 6

7) Jaký je Váš názor na zubní průkaz?

Dva pediatři vůbec netušili, co to zubní průkaz je. Ze zbylých deseti respondentů pouze dva potvrdili, že při pravidelných preventivních kontrolách svých pacientů sledují, zda je zubní průkaz vyplňován zubním lékařem. Zbylých osm pediatrů ze zkoumaného vzorku se vyjadřovalo tak, že na kontrolu zubních průkazů nemají dostatek času a že je to věc zubních lékařů či rodičů, nikoliv jejich.

„Jako zubní průkaz nějaký? Mně teda tohle to nějak nic moc neříká, nějaký zubní průkaz, opravdu ne, neviděl jsem to.“

muž, pediatr – 50 let praxe, Praha 8

„Já, abych pravdu řekla, tak ani nevím, že zubní průkaz je. Je to hrozný. Ani jsem to teda neviděla. Já bych to tak viděla, že to je pro zubaře. Nevím ani, jestli bych tomu třeba rozuměla.“

žena, pediatr – 42 let praxe, Praha 5

„Já se musím přiznat, že si ho moc neprohlížím, ale asi to jako má význam. To asi jako jo, ale já vlastně ani nevím, co se tam píše, já mám toho při tý prohlídce dost.“

žena, pediatr – 30 let praxe, Praha 7

„Ze zubními průkazy žádnou zkušenost nemám, protože to jde mimo nás, že jo. Tady já беру, že v podstatě je to jiná ordinace, že jo. Jako prostě to je jejich věc, jejich péče o dítě, aby chodili k tomu zubaři. Já jim to říkám, doporučuju, že maj chodit, ale nemůžu nad nima bdít i v tomhle. Pro nás je důležitější ten náš průkaz, ono to je takovýho papírování, že teda už nestíháme a ještě sledovat jako ty věci, který jsou, že jo, zase na někom jiným.“

žena, pediatr – 30 let praxe, Praha 6

„Nevím, jestli to vyplňují, já do toho ani nekoukám. Oni to snad ani v těch průkazkách nemaj.“

žena, pediatr – 37 let praxe, Praha 7

„No viděla jsem to, že to maj u těch očkovacích průkazů a dalších. No tak pro mě to asi velký význam nemá, pro nás je očkovací průkaz a takovej ten záznam o těch preventivních prohlídkách, ale pro toho zubaře to má asi nějaký význam.“

žena, pediatr – 40 let praxe, Praha 8

- 8) Máte zkušenost se zanedbáním zubní péče dítěte?
- 9) Jak byste takovou situaci řešil/a, pokud by nastala? / Jak jste vzniklou situaci řešil/a?

Všichni pediatři potvrdili, že k zanedbání zubní péče dětí dochází a shodli se, že v takových případech odkazují rodiče s dětmi na zubní pohotovost (nejčastěji ve Fakultní nemocnici v Motole).

„Nebo se to někdy stane, že maj opravdu ty děti tak špatný zuby, že se vám to stane, že potřebujou předoperační vyšetření, protože je to tolik, že jsou nevyšetřitelný a musí se v celkový anestézii. Stane se. (...) Děti mají dneska, když to vidíte tak je jich dost, s dudlíkama, s lahveka skoro trvale na těch kočárkách a tam se ty zuby kazej. Jsou i názory, že to může být z mateřskýho mlíka, když se to dítě v noci kojí, tam je taky ten cukr, ale víc je to z těch sladkejch věcí. Některý děti mají sladký pití v lahvi trvale k dispozici, jo, a takže ty zuby jsou trvale ve sladkym nálevu.“

žena, pediatr – 35 let praxe, Praha 9

„My to nestíháme, jako víte co, to se fakt nedá. Jako musej si ty rodiče, těžko se to shání, ale my už nemůžeme řešit tyhle věci. Myslim si, že nabízíme jako nepovinný očkování, to, co si myslíme, že je dobře, ale z našeho oboru. Vim, opravdu jsou ty zoubky zkažený hodně, ale je to buď z těch dudlíků medovejch, nebo z těch sladkejch pití. A někdy to může náká záležitost jako obranyschopnosti. Ale i tak jako upozornim na to, ale nemůžu to řešit. Ono když se to ozve, když to začne bolet, tak je to stejně donutí, že musej.“

žena, pediatr – 35 let praxe, Praha 9

„Není to myslím u těch dětí tak zoufalý, to je spíš problém dospělejch dneska. Když vidíme, některý děti jsou hůř ošetřitelný, takový, že si ty zuby nenechaj ty předškolní děti vůbec nějak sanovat, ale i v tom případě většinou k zubaři chodí, nebo jim to doporučujeme a potom, v celkový narkóze, se to někde v tom Motole jako nárazově více zubů dá taky ošetřit.“

žena, pediatr – 40 let praxe, Praha 8

- 10) Pokud byste měl/a porovnat stav fungování zdravotních prohlídek dětí v současnosti s dřívějším modelem hromadných prohlídek organizovaných školami, kterou variantu byste upřednostnil/a a proč?

Všech dvanáct pediatriů ze zkoumaného vzorku se shodlo na tom, že dle jejich názoru je znovuoobnovení hromadných prohlídek organizovaných školami v pediatrické péči krokem zpátky a stávající stav je naprosto vyhovující. Dva respondenti ocenili, že tento dřívější model by mohl mít využití v jiných preventivních oblastech – kupříkladu ve stomatologické péči.

„Já si myslím, že teda to je dostačující, protože speciálně ty pediatri ty děti jako znaj od malička. Maj na ně kontakt, vlastně viděj je pravidelně jednou za ty dva roky. Nevím, jak by se to dělalo často, když by to bylo jako školní lékaři, jestli by to dělal někdo jednou za rok ty preventivní prohlídky. Ale zase nezná tu rodinu, nezná to dítě, jak je nemocný, není nemocný, to znamená, že bude potřebovat výpis od toho pediatra, což teda toho pediatra bude obtěžovat. Rodiče to budou platit, protože každé výpis se platí. Jako to si myslím, že tohleto je zbytečně komplikovaný. Nevidím důvod, proč to dělat jako dvojatě, jo, protože si myslím, že u nás ta péče o ty děti speciálně je dobrá. Každý očkování se zve. Prostě je to zanesený všude, v počítači, v plachtách, že teda tenhle to ještě nemá a tak. Bude v tom zmatek, já si myslím, že tohleto nemá vůbec cenu. Že to už je jako přehnaný. (...) No pro tu zubní péči si myslím, že ano, protože tam to je zase něco jinýho, že jo. Protože ty děti ty zuby většinou maj dobrý, ale potřebujou tu prevenci. Potřebujou kontrolu aspoň dvakrát do roka. No a ne všichni se k tomu zubaři takovýmhle způsobem dostanou, nebo ty rodiče na to třeba nemyslej. To asi jako je fakt, že když on je nikdo nehoní, ty rodiče, tak prostě tam nejdou. Zas takovejch zodpovědných rodičů, který by dvakrát do roka šli k tomu zubaři, si myslím, že zas tolik není.“

žena, pediatr – 42 let praxe, Praha 5

„Tak my jsme to zažili, to období tý školní zdravotní služby. Je fakt, že to bylo trošičku jako by anonymní, že se to tak jako dělalo tak jako na běžícím pásu a když ten rodič u toho nebyl přítomen, tak se třeba nezjistilo, že to dítě třeba každé měsíc bolí břicho, nebo prostě nějaký problémy, který tady třeba s těma rodičema probereme. Ale zas na druhou stranu to byla taková jako spolehlivá prohlídka, spolehlivě ty děti byly očkované, ale v dnešní době je moderní neočkování, ale tak jako něco to do sebe mělo, jo. Protože samozřejmě ty děti

se prohlídly, většina těch dětí to absolvovala, ale já myslím, že v dnešní době aspoň podle mojí zkušenosti, že teda ty prohlídky, že ty rodiče přijdou. Ale musej se uvolnit z práce, je to trošičku pro ně problém, ale většinou jako přijdou. Ale dřív to ty rodiče měli takzvaně snazší. “

žena, pediatr – 38 let praxe, Praha 5

„Já, když jsem to zaslech, tak jsem si říkal, kterej blbec tohle moh vymyslet. Zaprvé do těch škol jsme chodili my, jo, vyšetřovali jsme cizí děti, jo, to znamená, v dnešním v uvozovkách právním státě by nejdřív ta škola musela sehnat souhlasy rodičů, že si přeji, aby jim to dítě vyšetřil nějaký cizí neznámej doktor. Za druhé by toho doktora museli sehnat. Protože já sem přijdu ráno, v pět v šest hodin odcházím, mám toho plný zuby a chodit do škol ještě. A doktoři nejsou, jo. Za třetí kde by v tý škole sehnali ordinaci? Takže to je naprostá pitomost, která může napadnout jenom chorej mozek. “

muž, pediatr – 30 let praxe, Praha 9

„No já si myslím, že je to nesmysl, a že když, tak že už jsou vytipovaný ty sociálně slabý skupiny a to se pak řeší jinak než prohlídkama ve školách. A kdo by tam asi jako chodil? Když je nás lékařů málo, třičtvrtě už je nás v důchodu, já jdu do důchodu příští rok, kdo by tam asi chodil? To je nesmysl. To se pak musí řešit úplně jinak ty sociálně slabý. “

žena, pediatr – 35 let praxe, Praha 6

„No jako můj názor je, že já s tím nesouhlasím, protože si představte, že to víte, já to dítě znám od narození, pravidelně si ho zvu po dvou letech, mám srovnání s předchozím. Já si nedovedu představit, já vím, že se to tak dělalo, ale já si myslím, že tohle to je mnohem jako by preciznější. Přijde s doprovodem rodičů, ani rodiče někdy nevědí, nepřinesou vám nálezy, natož to dítě. Jako já si myslím, že se tam nedá prakticky nic vyřešit. Když já přijdu prohlížet školu, tak jim můžu prohlídnout záda, voči, nevím o tom dítěti vůbec nic, co užívá, jaký má odborný nálezy. Jako to bych chodila já a my zas máme jinou rajonizaci, je volba lékaře, takže já to tady mám se vším všudy. A když někdo přijde do školy, tak nebude o tom dítěti, co na něm uvidí? Co na něm prohlídne? Podle mě to bude nedostatečný a něco bude nesmyslně duplicitní. Jako nedává to smysl. “

žena, pediatr – 35 let praxe, Praha 9

„Strašnej nesmysl. To jsem zažila, dokonce jsem i na tom školním pracovala. Je to strašnej nesmysl, protože prostě to je anonymní v podstatě tam jako v tý škole. Ten lékař, kterej tam de, vůbec jako nezná ty děti, že jo. Já jsem i rok jako pracovala právě ještě, než jsem šla tady na obvod, tak jsem i pracovala přímo na tom školním. To byla taková zašívárna tam, jo, a prostě šlo se jako do tý školy. Tam teda napochodovaly ty děti z tý třídy. Ted'ko já jsem je jako prohlídla, že jo, ale nic jsem o nich nevěděla. Něco jsem na nich teda teoreticky jako zjistila, třeba že se špatně drže, nebo já nevím. A pak dostali něký doporučení jako ode mě, že mají někam jít s rodičema, polovina jich to ztratila a pak jako bylo absurdní to, že když měli jet na něký eště tábory nebo to, tak i u těch školních dětí se potvrzovalo tam na tý školní zdravotní službě, tak oni tam jako ty rodiče pak šli pro to potvrzení a vymáhaly se od nich ty nálezy. Jako prostě je to jako nesmyslný naprosto, protože opravdu funguje velmi dobře tenhle systém, jak je, tak jako ty rodiče opravdu nemaj problémy chodit na ty prevence s těma dětma a když jako se nemůžou uvolnit z práce, tak se jim jako přizpůsobíme. Vždycky se nějak domluvíme.“

žena, pediatr – 30 let praxe, Praha 7

Vzhledem k tomu, že otázka po ne/dostatečnosti počtu pediatriů v současné době byla připojena až v průběhu výkonu rozhovorů, odpovědělo na ni pouze osm pediatriů z celkového počtu dvanácti respondentů. Nicméně všech osm respondentů se shodlo na tom, že pediatrii jsou obecně zahlceni a jejich počet je nedostatečný.

„Házejí jim (mladým lékařům) klacky pod nohy. Je to špatně ohodnocené, když odejdou do ciziny, dostanou třikrát víc.“

žena, pediatr – 44 let praxe, Praha 7

„Tak ta Praha je trošičku zase specifická, jo. Myslím si, že na venkově a je to otázka několika let a bude to velmi špatný, protože my jsme teda věková skupina, ted' jsem viděla nějakou statistiku, že 58 let a výš, jo, čili to je špatný, že jo. A pediatrii jako takoví už ted'kon nejsou. Oni musej udělat atestaci a ted' se jedná o zákonu o vzdělávání, navrhl ministr zdravotnictví, že v podstatě, protože jich je nedostatek, těch kmenovejch pediatriů, že by to prostě mohli dělat jako lidi, který nemaj vysloveně teda tu specializaci. (...) Tohle je tak úzce specializovanej obor ohledně toho očkování, i sociálního citění s těma rodičema a s tou rodinou, mít o tý rodině přehled. Myslím si, že to je fakt specifickej obor. My nejsme

tak ohodnocení jako je třeba chirurgické obor, jako je kožní obor. My jsme v tom ranku těch praktických lékařů myslím, že nejhůř ohodnocení. Ono to je o trpělivosti velký, opravdu člověk musí mít i čas. Já třeba si sednu s maminkou a oni nemají informaci o tom, jak bude třeba probíhat chirurgický zákrok a ptají se mě. Tak říkám, tak jste snad dostali informaci na klinice, ne? Ne ne ne, tam jsme dostali jenom termín na předoperační vyšetření a tohle jim neřeknou.“

žena, pediatr – 38 let praxe, Praha 5

„Podívejte se naproti (ordinace dalšího pediatra na stejném patře), jak to vypadá. Včera volali z Letňan dvojčata, nikdo je nechce vzít. Všichni toho máme hodně. Prostory by se našly samozřejmě, ale lékaři k dispozici nejsou. Každý dneska samozřejmě odchází za lepším do zahraničí, že jo. Dneska studenti jsou jazykově vybaveni, no, a jestliže mají tady dělat poslední onuci v nemocnici za patnáct tisíc a půjdou do Německa a dostanou devadesát, tak mi řekněte, kam byste šla vy?“

muž, pediatr – 30 let praxe, Praha 9

„Ted'ko je počet (pediatrů) zatím dobrý, ale všichni jsme starý už. My tady jsme všechny přes šedesát, že jo. Po té revoluci my jsme byli ještě jako pediatrická fakulta, že jo, vyloženě jako dětská. Kdežto potom už jako to nebylo, to už tam byla nějaká jenom specializace no a v tom to bude. Protože se už specializují na něco jiného než na ty děti. Asi je to neláká.“

žena, pediatr – 42 let praxe, Praha 5

Na serveru deníku aktualne.cz byla uvedena data, jež nashromáždila Všeobecná zdravotní pojišťovna na základě uzavřených úhradových smluv s tuzemskými lékaři. Z těchto dat vyplývá, že průměrný věk praktických lékařů na území České republiky je 54 let a stále se zvyšuje. Navíc v průměru každý šestý praktik je v důchodovém věku⁶⁶. Z přiložených map se lze dozvědět, že zajištění péče v Praze je dosaženo na 93,91 %, což jsou pozitivní čísla oproti jiným oblastem (například pro srovnání okres Tachov – 64,17 %) a průměrný věk praktických lékařů pro děti a dorost v hlavním městě je o čtyři roky vyšší, než celostátní průměr – tedy 58 let.

⁶⁶ <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/unikatni-mapa-stat-prvne-rekl-kde-chybi-nejvice-lekaru/r~acce19ae586a11e49b26002590604f2e/>

7.4.1.1 Dílčí závěr

Shrňme-li odpovědi pediatriů ze zkoumaného vzorku, dozvěděli jsme se, že docházka rodičů s dětmi na pravidelné preventivní prohlídky je v zásadě v pořádku. Rovněž k potřebě kontaktovat OSPOD z důvodu zanedbání péče o dítě dochází buď v ojedinělých případech u konkrétních rodin, o nichž již OSPOD zpravidla ví a dlouhodobě je sleduje, či nanejvýš 1x – 3x krát za 1 rok.

V otázce docházky dětí do ordinace bez doprovodu dospělé osoby je převážná většina pediatriů benevolentní. Ačkoliv je podle stanoviska Ministerstva zdravotnictví k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách přípustné vyšetřit bez doprovodu dospělé osoby pouze dítě starší patnácti let a to ještě s písemným souhlasem zákonného zástupce, tak osm ze dvanácti respondentů uvedlo, že na základě telefonického kontaktu s rodiči jsou ochotni vyšetřit i mladší dítě (nejčastěji od dvanácti let věku).

Tři čtvrtiny pediatriů ze zkoumaného vzorku uvedly, že sledují, jestli je dítě registrováno u zubního lékaře. Z toho pouze dva respondenti pravidelně kontrolují, zda je vyplňován zubní průkaz dítěte. Dva z deseti pediatriů ze zkoumaného vzorku, kteří uvedli, že zubní průkaz nekontrolují, dokonce ani netušili, že zubní průkaz existuje. Nejčastějšími důvody k nekontrolování zubního průkazu byl nedostatek času a názor, že tak detailní kontrola zubní péče dítěte nespadá do odbornosti pediatra. Sedm respondentů si stěžovalo na nedostatečný počet zubních lékařů, kteří by přijímali dětské pacienty. Se zanedbáním zubní péče u dětí se pediatrii setkávají běžně a řeší to odesláním pacienta na některou ze zubních pohotovostí.

Všichni pediatrii ze zkoumaného vzorku byli proti znovuoobnovení hromadných prohlídek organizovaných školami v oblasti pediatrické péče. Dva respondenti uvedli, že by toto obnovení mohlo být užitečné v jiných oblastech, konkrétně například ve stomatologické péči. Osm respondentů potvrdilo, že vnímají nedostatečný počet pediatriů ve své oblasti působení a projevilo obavy o budoucí zajištění péče o děti vzhledem ke zvyšujícímu se věkovému průměru praktických lékařů pro děti a dorost.

7.4.2 Stomatologové se zkušeností s dětskými pacienty

(dále jen „zubaři“)

- 1) V jakém věku k Vám děti zpravidla přicházejí poprvé do ordinace?
- 2) Z jakého důvodu poprvé nejčastěji přicházejí?
- 3) Jakou máte zkušenost s docházkou dětí na pravidelné preventivní prohlídky?

Zubaři ze zkoumaného vzorku se nezávisle na sobě shodli na tom, že pokud rodič poprvé přichází s dítětem do ordinace v rozpětí 1 – 3 roky věku dítěte, jedná se zpravidla pouze o registraci, aniž by tyto děti měly nějaké významné dentální obtíže. Takoví rodiče bývají pečliví a důslední rovněž v následné docházce na pravidelné preventivní kontroly.

Jakmile se poprvé objeví v ordinaci dítě ve věku čtyř a více let, obvykle je hlavním důvodem potřeba řešit aktuální situaci s bolestivým zubem, jež donutí rodiče k vyhledání stomatologa. Dle zkušeností respondentů jsou takoví rodiče laxní v přístupu k dentální péči a docházce na prevenci i v dalších letech a jen málo z nich se z krizové situace poučí a snaží se jí později předcházet. Zubaři ze zkoumaného vzorku se shodli také na tom, že tyto rodiče mají obdobný přístup rovněž ke své vlastní stomatologické péči, tedy že ani oni sami nedocházejí příliš často na pravidelné preventivní prohlídky a svého zubaře vyhledají až při potřebě řešit nějaký konkrétní problém v dutině ústní (bolest, vypadnutí výplně apod.).

Při odhadech, kolik dětí přichází poprvé do ordinace až s bolestí, lze respondenty rozdělit do třech skupin:

Počet dětských pacientů přicházejících poprvé až s bolestí (v %)	Počet respondentů:
10 – 15	3
20	4
30 a více	3

Tabulka 5: Počet dětských pacientů přicházejících poprvé až s bolestí (v%)

Podle zubařů ze zkoumaného vzorku tedy převažují děti, které přicházejí poprvé do ordinace za účelem registrace. Žádnému z respondentů se za celou dobu profesní praxe

nestalo, že by poprvé do ordinace dorazilo některé dítě či mladiství bez doprovodu dospělé osoby.

Při odhadech, kolik dětí důsledně dochází na pravidelné preventivní prohlídky, byli respondenti rozděleni do třech skupin:

Počet dětských pacientů důsledně docházejících na preventivní prohlídky (v %)	Počet respondentů:
70	3
80	5
90	2

Tabulka 6: Počet dětských pacientů důsledně docházejících na preventivní prohlídky (v %)

Výše zmíněné odhady částečně potvrzují domněnku respondentů, že rodiče, kteří své dítě přivádějí do ordinace zubního lékaře poprvé až na základě potřeby řešit dentální obtíže dítěte, zůstávají ve svém přístupu k zubní prevenci lhostejní i v dalších letech. Odhadované počty dětí, přicházejících poprvé do ordinace kvůli potřebě vyřešit aktuální dentální obtíže se doplňují s odhadovanými počty dětí, které pravidelně a důsledně docházejí na preventivní kontroly. Jedná pouze o dohady a odhady, a proto z nich nelze vyvozovat žádné významné závěry. Pro zjištění reálných čísel by bylo nutné realizovat kvantitativní výzkum na základě konkrétních tvrdých dat. To však překračuje možnosti této diplomové práce.

4) Docházejí některé/ří děti/mladiství na kontroly samy/i bez doprovodu dospělé osoby?

Zde je rovněž aktuální stanovisko Ministerstva zdravotnictví k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, které jsme rozebírali již v kapitole s respondenty – pediatry, protože se vztahuje také na stomatologickou péči. Ze zubařů ze zkoumaného vzorku se zmiňoval o tomto stanovisku pouze jediný respondent.

Nicméně ukázalo se, že většina zubařů ze zkoumaného vzorku je v tomto směru přísnější než jejich kolegové ze zkoumaného vzorku pediatrů. Čtyři zubaři uvedli, že neošetřují žádné dětské pacienty bez přítomnosti dospělé osoby, další tři zubaři jsou

ochotni vyšetřit pacienty od patnácti let a pouze dva zubaři byli ochotni vyšetřit bez přítomnosti dospělé osoby pacienty mladší patnáct let (konkrétně uváděli věk 13 a 11 let dítěte):

„Vždycky s doprovodem a vyloženě zákonného zástupce, takže rodičů. Když mi přijde starší sourozenec, tak je neošetříme, protože je potřeba, aby tady byl rodič. I do dokumentace se dávají podpisy rodičů. Cokoliv se potřebuje řešit - výběr výplní a nějaké takové případy, tak je potřeba, aby opravdu tady byl rodič.“

žena, zubař – 3 roky praxe, Praha 7

„Takhle, když je jim nad patnáct let, můžou přijít sami, ale musej to být děti, který chodily už předtím. A zaregistrovala je maminka. Když do patnácti let, tak chodí s rodiči. Můžou i s babičkou, to už je pak na rodičích, komu to dítě svěří. Když má staršího sourozence, chůvu, to jako nevádí. Ale tu registraci musí provést rodič.“

žena, zubař – 40 let praxe, Praha 6

„Když je to řekněme tak od těch třinácti čtrnácti, tak mě osobně je to celkem jedno. Zejména, když je to prevence, kde nepředpokládám, že by se cokoliv dělalo a potřeboval bych tam nějaký souhlas rodičů, tak na to prosté vyšetření mě to nevádí. Že by mi sem přišlo nějaké jako mladší dítě než těch čtrnáct let, to asi sami nikdy nepřišli, to se nestalo.“

muž, zubař – 2 roky praxe, Praha 9

„Samo třeba až po tom, když už je starší. To už potom jsou děti, kterým je třeba já nevím třináct. Oni jim to rodiče doma vedou, ale ty děti choděj třeba samy na prohlídky. To je pravda, že se najdou takoví jedinci. (...) Záleží, jak je to dítě samostatný. Když ty rodiče nemůžou přijít s ním vždycky na prohlídku, tak samozřejmě, že jako říkáme rodičům, že by s nima tady měli bejt, ale není to podmínkou, jo, že prostě pokud ten rodič to nestihne, tak to dítě skutečně třeba v těch jedenácti dvanácti třinácti už přijde samo a je v pohodě.“

žena, zubař – 25 let praxe, Praha 5

- 5) Jakým způsobem se bez přítomnosti rodičů řeší případné finanční záležitosti?
- 6) Řešil/a jste v rámci své profesní praxe situaci, kdy by rodič dítěte neměl finance na zaplacení zákroku? Jakým způsobem jste to řešil/a?
- 7) Nabízíte svým pacientům jako jednu z variant zubních výplní také amalgám hrazený pojišťovnou?

Vzhledem k tomu, že převážná většina zubařů ze zkoumaného vzorku vyšetřuje dětské pacienty bez doprovodu dospělé osoby až od patnácti let jejich věku pokud vůbec, stala se otázka č. 5 poněkud irelevantní. Nutno však podotknout, že všichni respondenti odsouhlasili, že v jejich ordinacích nebývají s financováním běžných zákroků potíže. Veškeré standardní úkony jsou financovány pojišťovnou včetně nedózovaného amalgámu.

Zubaři ze zkoumaného vzorku se však často zmiňovali o zkušenostech rodičů s obtížným financováním v oblasti ortodoncie, což je specializovaný obor, který se zabývá léčbou nepravidelností v postavení, tvaru a počtu zubů. Právě zde často dochází k nutnosti zaplatit vysoké finanční částky za nákup fixních či snímacích aparátů (rovnátek).

„V dětské péči je hrazené všechno pojišťovnou, takže my se s tím nesetkáváme. Setkávám se s tím občas, když posílám dítě na ortodoncii, že se rodiče zajímají o peníze, kolik to bude stát. Ale jinak ta dětská péče - trhání těch zoubků, když je to potřeba, nebo plomby, jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, takže tam by ten problém finanční neměl být.“

žena, zubař – 40 let praxe, Praha 6

„Co se týká u těch dětí, tam já osobně si nepamatuju, že bych dělal nějakou výplň, za kterou bych chtěl nějaký peníze. Ono je teda pravda, že z toho veřejného pojištění, že to ocenění těch dětských výplní teda jako (odmlčí se a hledá slova). Ono i u těch výplní pro dospělé je to jako nic moc. U těch dětí je to tuším někdy 120 korun za jednu výplň. A když si člověk vezme, kolik času nad tím stráví, když to chce udělat aspoň pro svůj pocit dobře. Ted' když je trochu obtížnější spolupráce s tím dítětem, já než ho jenom přemluvím a takový věci, nějakou anestezii, to zabere takového času, že 126 korun, to je nic. To je jako kdybych to d'ál zadarmo a ještě se ztrátou, řekl bych.“

muž, zubař – 2 roky praxe, Praha 9

„Když se řeší finanční věci ohledně plateb, tak u těch dětí, když by dítě chtělo na zadní zoubek bílou plombičku, tak si to hradí⁶⁷, ale většinou, když se objednávají, tak většinou je objednávají právě maminky, jo. Takže jsme domluvený. Takže většinou sestřička jim řekne, že kdyby se něco cokoliv dělalo třeba na zadním zoubku a chtěli bílou výplň, tak aby jim daly penízky s sebou. Když jsou to starší děti už kolem těch třinácti čtrnácti, tak už jim rodiče ty peníze dají. Když jsou ty děti menší, tak mi je tady prohlídnu, řekneme teda, že tam je kaz a rodiče s nima přijdou na spravení, takže to vždycky jde jenom o domluvu s těma rodičema. (...) Pro děti standardní je vždycky všechno na pojišťovnu.“

žena, zubař – 25 let praxe, Praha 5

„No tak většinou u těch dětí to ještě hradí pojišťovna, takže když mám smlouvy s pojišťovnami, tak ten problém takový není. Zrovna u těch dětí, co se dělá základ, tak se dávají nějaké výplně, takže se tam většinou dá, protože jsou to dětské zuby, tak se tam dá ten amalgám hrazený pojišťovnou a když se ty zuby vytrhají, tak to taky hradí pojišťovna. (...) Je to věc toho, že ono by to dítě ty rovnátka potřebovalo, ale dost často rodiče řeknou, že na to nepřistoupí právě z finančních důvodů. Ono je to různé, záleží, jak dlouho bude ta léčba probíhat, co se rovná za vady, takže jsou tam jak rovnátka na pevně, tak třeba snímatelný jen na noc, takže tam je to opravdu od několika tisíc do několika desítek tisíc. To je záležitost, která se nevyřeší během týdne, takže to vopravdu je to třeba dvouletý jakoby proces, kdy se ty zuby rovnají, takže od toho se odvíjí i ta cena. A právě tady pojišťovna nehradí vůbec nic anebo opravdu jen u nějaké zdravotní poškozující vady.“

žena, zubař – 3 roky praxe, Praha 7

„Neexistuje, protože do osmnácti let hradí pojišťovna všechny zákroky tady teda u nás v ordinaci. (...) My je zase neposíláme do nějakých šíleně drahých klinik, takže posíláme je na normální ortodontie a ta částka není taková, že by prostě během roku nedalo se vyřešit takový jako problém finanční. Do třiceti tisíc maximálně bejvá za obě čelisti. Ono to může stát i dva a půl tisíce, takže prostě záleží.“

žena, zubař – 13 let praxe, Praha 5

⁶⁷ Pojišťovny standardně hradí pro zadní zuby pouze amalgámové výplně. Bílá plomba je tedy v tomto případě považována za nadstandard, proto ji hradí sám pacient či v případě dětských pacientů jejich rodiče.

8) Jaký je Váš názor na zubní průkazy?

Všichni zubaři ze zkoumaného vzorku potvrdili, že zubní průkazy svým pacientům vyplňují, pokud je mají s sebou, přičemž tři respondenti odhadli, že je mívá při vyšetření k dispozici přibližně polovina dětských pacientů.

Šest respondentů považuje zubní průkazy za užitečnou věc:

„To jako zase dává zodpovědnost těm rodičům, protože většina dětí, co chodí s rodiči do těch pěti let, vždycky ty maminky ten zubní průkaz maj v ruce. To znamená, že to hlídaj, nebo koukaj do toho, jestli si už by měly jít, nebo neměly by už jít. Myslim, že to dává zodpovědnost jim. Ještě že to sem tak motám, ale ty první ty byly do šesti let a ty nový ty už jsou do deseti, což je docela dobrý. A taky i pro pediatra, když viděj, že to dítě je v péči.“

žena, zubař – 13 let praxe, Praha 5

„Já si myslím, že to je výborná věc, protože dřív se dělalo takový, že jsme chodili k pediatrům, opisovali si ty adresy, posílali jsme domů zvací dopisy. Zbytečná administrativa, stejně jich spoustu nepřišlo. Ty maminky vědí, kam maj přijít, najdou si to samy. Dneska je ten internet, můžou se orientovat, můžou si to najít. Zavolaj a můžou se samy objednat, tak jak to vyhovuje jim. Myslím si, že ty průkazy, je to jednoduchý, je to kus papíru, kterej dostanou v porodnici. Není to ani finančně náročný. A ty maminky tam maj ty razítka. Vědí, kdy byly, kdy maj zase jít. Myslím si, že to je ideální. Že je to v tom zdravotnictví u nás to, co se povedlo, tak jediný zatím.“

žena, zubař – 40 let praxe, Praha 6

„Ono vlastně je to fajn, protože ty maminky se podle toho můžou orientovat, jak je to označené, že po tom půlroce by měli docházet na tu prohlídku, takže z tohoto pohledu si myslím, že to je opravdu fajn. Nicméně mohly by tam být třeba doplněno nějaký jako základní pokyny k té hygieně a k výživovým nákým návykům, protože když po tom sem přijdou až v jednom roce, tak to jsou zas věci, který jim jakoby uniknou, jo.“

žena, zubař – 3 roky praxe, Praha 7

„Jo jako jsme rádi, když to maj, ano. Dáváme tam razítko, zapíšeme všechno, co tam má být. Ano, myslím, že je to dobrý.“

žena, zubař – 15 let praxe, Praha 8

„No, tak vždycky se to dá obejít. Já si myslím, že to důležitý je to prostě v lidech. Je to prostě jenom v lidech. Jako jestli budu mít průkaz, nebo nebudu, je to úplně jedno. Já to v kartě napsaný mám a ten rodič jako by to měl taky vědět, že jo. Určitě to má pozitivní vliv, protože dostanou maminky už v porodnici. A tak vlastně dostanou takovej jako by kopanec. Že i ty zuby se musej hlídat, jó.“

žena, zubař – 25 let praxe, Praha 5

Čtyři respondenti zubní průkazy neodmítali, ale spíše si nebyli jisti jejich využitelností a obsahem:

„No, je to spíš asi taková jako formalita pro mě. Toho, že já to tam zapíšu, jestli to někdo probírá jako ten pediatr, jestli o to vůbec má nějaký zájem. Nevím. Poznačím, co se tam našlo a že byla vykonána ta prohlídka, ale jestli to ještě k něčemu dalšímu pak slouží, to nevím.“

muž, zubař – 2 roky praxe, Praha 9

„Některý rodiče si na tom zakládají, ale aspoň věděj, aspoň si pamatujou, kolikátýho tady byli. Jinak je to takový prostě, že tam dám potvrzení, jestli mají nebo nemají kazy, ale důležitý je tam to datum. Ale je to víceméně pro ty rodiče, protože není žádnéj postih. Teď si vemte, že by to chtěla pojišťovna, aby mělo to dítě vyplněnej průkaz. Slyšela jsem dokonce, že i na Slovensku nebo v Německu, že to fakt funguje tak, že máte mít potvrzení od toho doktora, pokavaď jste pojištěnec, že chodíte na preventivní prohlídky. A samozřejmě že vás může bolet zub nebo něco, ale jestli máte od stomatologa potvrzeno, že máte preventivní prohlídku, tak vám to pojišťovna proplatí. Ale pak ty lidi, co si přijdou jednou za pět let, otekli a na otázku, kam jste chodila – no nikám (napodobí odpověď nevrlým hlasem). Jo prostě, ještě timhle tónem, na co?! Proto říkám, takhle je to špatně. Když už je tu ten pojišťovací systém a lidi říkají, je to zadarmo. Není to zadarmo. (...) Tak by měli mít aspoň nějakou povinnost. Ale ne zase takovou jako musíš. Ale prostě když výhody, tak taky budu chodit na ty prohlídky. Jo a nejsem povinen na ty prohlídky chodit, ale pak když mám problém, tak si to taky zaplatím. (...) A ty děti jsou v tomhle potom bezbranný, ty to pak odnesou, že jo. A není tady žádnéj postih.“

žena, zubař – 27 let praxe, Praha 6

„Tak jestli chodí k jednomu zubaři, tak to asi není prvořadý, protože ten člověk to má stejně v tom počítači. Ale jestli třeba chodí někam i po různu, tak je to takovej jako dobrej přehled, no. Tak to je třeba pak asi pro mě informace, když to nevím z tý karty.“

žena, zubař – 2 roky praxe, Praha 9

9) Probíhá jakákoliv komunikace mezi vámi a pediatrem dítěte?

Tato otázka byla zahrnuta do celkové sady s cílem zjistit standardní míru spolupráce mezi zubařem a pediatrem a témata, která tyto dvě odbornosti mohou profesně spokojovat.

Čtyři zubaři ze zkoumaného vzorku neměli žádnou zkušenost s komunikací s praktickými lékaři pro děti a dorost. Na základě bližšího zkoumání však vyšlo najevo, že tato nezkušenost vychází pravděpodobně z celkové odborné nezkušenosti, protože všichni tito čtyři respondenti byli ve stomatologické praxi teprve krátký čas (méně než 4 roky). Zbýlých šest respondentů potvrdilo, že nastaly situace, kdy s pediatrem byli v kontaktu:

„Ano, když jsou nějaký alergický problémy, nebo když mám pocit, že to není od nějakého zoubčku. Nebo když to dítě mělo třeba endokarditidu nebo nějaký závažný onemocnění, že musíme mít nákou antibiotickou přípravu na trhání mléčného zoubku nebo něco, tak ano.“

žena, zubař – 15 let praxe, Praha 8

„Spíš obráceně. Volává nám pediatrička skrz, že tam maj dítě, který prostě maminka nemá zubaře, že se blbě shání anebo, že už viděli, že tam jsou kazy, tak jestli bysme ho nevzali do péče. I třeba tři děti během roku jsme takhle měli tady na Praze 5. A to už třeba byli i tříletý a tak.“

žena, zubař – 13 let praxe, Praha 5

„Ano, když se jedná o třeba celkové onemocnění, většinou endokarditidy a takový, tak to většinou konzultujem i s pediatrem.“

žena, zubař – 40 let praxe, Praha 6

„Napíšou spíš třeba jenom žádost, že třeba dítě má takový ty stavy, kdy má zvýšenou teplotu a abychom vyloučili třeba zubní původ. To je jediný jako.“

žena, zubař – 25 let praxe, Praha 5

10) Pokud byste měl/a porovnat stav fungování zdravotních prohlídek dětí v současnosti s dřívějším modelem hromadných prohlídek organizovaných školami, kterou variantu byste upřednostnil/a a proč?

Z celkového počtu deset zubařů ve zkoumaném vzorku bylo šest respondentů nakloněno k znovuoobnovení hromadných prohlídek organizovaných školami:

„Já myslím, že je to dobrá věc, že ano, já jsem pro. Já si myslím, že i ty děti berou to trošku jinak, jo, když je to skupina těch dětí. Nemají třeba konkrétně takovej strach, opravdu myslím si berou to jinak. A že i ty rodiče, který by nechtěli, že jsou nák jako donucený, nebo nevím, jak to mám říct. Ty pravidelný prohlídky tím pádem budou.“

žena, zubař – 15 let praxe, Praha 8

„Já myslím, že to byl úžasný nápad pro ty rodiče, který buď nemaj čas. Nebo zapomínají, já nevím, jakým způsobem, ale to se může stát. Takže já si myslím, že to je moc dobrý nápad, dobrovolně, kdo nemá čas, který rodiče prostě nemaj čas, tak se prostě souhlasí s tím, že učitelka veme na prohlídku a potom už se domluví s rodičem, že to dítě by mělo jako navštívit, že takový problém.“

žena, zubař – 13 let praxe, Praha 5

„Jako bylo to náročný pro lékaře, když musel ošetřit až třicet dětí za dopoledne. Ale určitě to byla dobrá věc, protože některý rodiče zanedbávají tu stomatologii.“

žena, zubař – 40 let praxe, Praha 8

„Já si myslím, že to bylo dobrý. Já jsem to sama zažila teda. Vždycky jsem se bála hrozně (smích). Ale já si myslím, že to je dobrý. Právě proto, když se mi vlastně stalo, že ta šestiletá holka jako byla poprvý u zubaře (navazuje na předchozí vyprávění vlastní zkušenosti), tak ta si pak bude pamatovat jen to, že jsme jí hned trhali a že to bolí. Právě proto by to mělo bejt, si myslím. I když ve škole, to už je docela pozdě, to chce od tý školky. Nebo kdyby je aspoň v tý školce ty učitelky vedly, aby si čistili zuby a tak.“

žena, zubař – 2 roky praxe, Praha 9

„Jako všechno to má svoje pro a proti. Těžko se zajišťuje a sleduje kvalita té péče. Na druhou stranu jsou lidi, který nikam s těma dětma nechoděj, tak to dítě by aspoň někam šlo

a bylo zkontrolovány. (...) A tak jako oni za ty děti platěj strašně málo, to by se těch jich muselo udělat fakt hodně, aby to mělo smysl. Tím pádem by ta kvalita jako taková byla diskutabilní občas. Samozřejmě, kdyby se navýšily úhrady za to, tak by to samozřejmě bylo zajímavější a určitě bylo snáz proveditelný, ale takhle si myslím, že to asi úplně neprojde. Ta kvalita by se těžko dodržovala, kdyby tu člověk měl jenom děti. Nemyslím si, že by to bylo únosný udržet nějakou rozumnou kvalitu, aby se ještě z toho uživilo.“

žena, zubař – 3,5 roku praxe, Praha 9

„Já bych byla stoprocentně pro, aby se to obnovilo, protože tím pádem by bylo opravdu pokryté stoprocentní rozpětí těch dětí. Nezáleželo by na tom, jestli si rodič vzpomene, nebo nevzpomene. Jestli půjde jednou za dva roky, nebo půjde až to dítě něco bolet. A bylo by to důslednější. Jo, je otázkou, jakým způsobem by to bylo dělané, protože ona ta péče o děti je pojišťovnama hrazená poměrně málo, takže aby vlastně se nestalo, že jeden zubař, že bude dělat dětské pacienty a tím pádem by to měl jako by hůř hodnocené, protože pro něj by to bylo vlastně nevýhodné, aby třeba dělal jen děti. Navíc aby ty prohlídky neprobíhaly jako dřív, že dítě tady bude na křesle křičet a dalších dvacet bude v čekárně to poslouchat a akorát se z toho stresovat. Ale tak kdyby chodili po nákejších menších skupinách, tak bych byla určitě pro to, aby se to zavedlo.“

žena, zubař – 3 roky praxe, Praha 7

Čtyři respondenti upřednostňují stávající systém, případně navrhují jiné úpravy stávajícího systému pro jeho vylepšení:

„Když byly ty školní prohlídky, tak to bylo úplně o něčem jiném. A od té doby, když se zrušily ty školní prohlídky, tak prostě spousta dětí úplně vypadla z toho systému, protože ty rodiče na to kašlou. A furt říkaj, to bylo výborný, to bylo výborný, ale podle mě, když si ten ministr zdravotnictví myslí, že by se to mělo vrátit, to už se nikdy nevrátí. Zase by museli ty zákony překopat, nehledě na to, že právních sporů přibývá a do toho už vám nikdo nepude, aby někdo vrtal zuby jen tak prostě, nebo chodil prohlížet do školy. To je absurdita. Za prvý pro ty děti je to strašně traumatický, já jsem to zažila na vlastní kůži, když tam před celou třídou se svlíknete do půl těla a doktorka vás prohlíží a očkuje a stojíte tam jak fronta na maso, jo. To se už prostě vrátit nemůže. Nehledě na to, že dneska má ten člověk právo si vybrat toho pediatra, že jo. Takže když vám ministr zdravotnictví

řekne: oni to ty rodiče nestíhají. Tak je něco špatně. Tak by se mělo umožnit těm rodičům, aby prostě to stíhali, aby jim zaměstnavatelé nedělali problém, že jo. (...) Jako říkám, ty prohlídky byly dobré. Byly dobré pro nás. Bohužel je to tak, že my jsme placení od plomby, což je taky špatně. A když je člověk poctivej. Oni tam ty plomby mají deset dvanáct let a podle pojišťovny bych to mohla každé rok předělávat, tak zaprví to je proti etice, někomu předělávat, když to prostě není potřeba, jo, ale tím pádem budu furt chudá, tím pádem se ani sestra nezaplatí. Protože pojišťovny platějí dva měsíce pozpátku a ještě někdo si vymyslel, že do dětského zubu, je plomba za padesát procent peněz než do dospělého zubu a už všude křičej, že do dospělého zubu je to podceněný, tak to dětský je úplně nedoceněný. (...) Za tu dobu, co vy vyšetříte jedno dítě, jinej vyšetří pět dospělých. Až ta moje generace odejde, tak ty děti to nebude chtít dělat nikdo.“

žena, zubař – 27 let praxe, Praha 6

„Nevím, já jsem to dělala. Víte a jako ze začátku chodily všechny ty děti. Pro školu to byla velká zátěž, protože vždycky si museli vyhradit nákej den. Pro nás to taky byla zátěž, protože vono, když se vám tady vystřídá šedesát dětí, je to docela síla. Ze začátku. Jenže pak začalo to, že prostě rodiče si našli svoje zubaře a začaly tam chodit jejich děti. Takže ty děti, prostě nám sem začaly chodit porůznu, takže třeba z té třídy, kde bylo třicet dětí, nám sem najednou začalo chodit jenom patnáct. A už to pro tu školu byl ještě větší nárok, jó? Že prostě to měli hrozně složitý. A stejně některý rodiče nechtěli, abychom tady děti spravovali, takže v podstatě my jsme je akorát prohlídli a k čemu to bylo? (...) Já si prostě osobně myslím, že je lepší, když choděj ty děti s rodičema, protože ty rodiče aspoň vědí, kam to dítě chodí. Oni tenkrát ty rodiče ani nevěděli, kam to dítě chodí k zubaři. Jo, nechávali to všechno na starost škole. A to si myslím, že je špatně.“

žena, zubař – 25 let praxe, Praha 5

„Takhle samozřejmě, zažila jsem i tam ten systém, když se přecházelo na to, že se bude chodit s rodiči, měli jsme trošku pocit, že budeme mít dopoledne prázdný ordinace. Není to tak, ty rodiče, když chtěj, si udělaj čas. Myslím si, že je to lepší, když je u toho rodič.“

žena, zubař – 40 let praxe, Praha 6

„Tak, že by to bylo jako by tak jako za těch starých časů povinné, to si moc dobře představit neumím. Ale umím si představit, že formou nějakých bonusů, řekněme třeba pro

ty rodiče od jejich zdravotní pojišťovny, když by oni s těmi dětmi opravdu poctivě docházeli, že by tam nějaké zvýhodnění bylo, takhle by je to řekněme mohlo přilákat ještě kromě toho zájmu o zdraví jejich dětí. Samozřejmě asi nějaká taky kampaň, aby třeba se zase obnovila řekněme ta specializace těch dětských zubních lékařů, aspoň co já jsem slyšel, že to tak jako bylo, kteří se tomu by mohli věnovat, aby to zkrátka, když by d'áli jenom ty děti, nebo většinu měli děti, který hraří pojišťovna, tak aby z toho mohli žít a ne jako přežívat, nebo živořit. Řekl bych, že kdyby ta pojišťovna to víc podporovala, našlo by se mnohem víc lékařů, který by se tím zabývali. Kdyby ještě byla nějaká další motivace těch rodičů, tak že by to jako fungovalo určitě docela dobře.“

muž, zubař – 2 roky praxe, Praha 9

Nelze si nepovšimnout, že respondenti v průběhu rozhovorů u různorodých témat otevřeně kritizovali finanční ohodnocení dětské stomatologie coby profesního oboru. Všichni zubaři ze zkoumaného vzorku, kteří se k této tématice otevřeně vyjadřovali, se shodovali v názoru, že za současných podmínek, které jim nabízí pojišťovny, je pro ně krajně nevýhodné přijímat dětské pacienty, natož se dětskou stomatologií zabývat zcela a beze zbytku.

Jakýkoliv obor, ve kterém je nutné pracovat s dětmi, klade požadavky na osobnostní výbavu těchto odborníků jako je například trpělivost, přátelský a klidný přístup, vnímavost a empatie, jasné a přehledné vysvětlování následujících úkonů apod. Naplňování těchto požadavků při práci s dětmi je tak už samo o sobě určitým způsobem omezující vzhledem k reálným počtům dětských pacientů, jež je lékař vůbec schopen vyšetřit během konkrétního časového úseku v porovnání s počty dospělých pacientů. Pokud tyto okolnosti pomineme, tak nám zde stále zůstává možnost srovnání reálné finanční hodnoty jednotlivých lékařských úkonů. Právě na ty se nyní zaměříme.

Na webových stránkách Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen VZP) lze dohledat ceník s výší úhrad za jednotlivé stomatologické výkony pro rok 2015⁶⁸.

Zde pro srovnání:

Stomatologický výkon:	Úhrada pro dočasný zub:	Úhrada pro stálý zub:
Ošetření zubního kazu	126 Kč	242 Kč
Extrakce zubu	87 Kč	168 Kč

Tabulka 7: Srovnání výší úhrad jednotlivých stomatologických výkonů od VZP

Vzhledem k tomu, že u pacientů v dětském věku se ošetření nejčastěji týká právě dočasných (neboli mléčných) zubů, tak se zubaři u dětských pacientů skutečně setkávají nejčastěji s úhradami za jednotlivé úkony, které jsou téměř na poloviční výši oproti stejným úkonům vykonávaným na stálých zubech. Pokud k tomu přičteme ještě časovou náročnost u dětských pacientů v porovnání s dospělými pacienty, zubní lékař se v takovém případě nachází ve značně nevýhodném postavení.

7.4.2.1 Dílčí závěr

Nyní si v rychlosti shrneme, co jsme se na základě rozhovorů se zubaři ze zkoumaného vzorku o jejich zkušenostech v praxi s dětskými pacienty dozvěděli. Podle respondentů přichází většina dětských pacientů poprvé do jejich ordinace za účelem registrace a to již kolem jednoho až tří let věku dítěte. Rodiče těchto dětí bývají důslední a zpravidla aktivně a průběžně pečují o stav chrupu svých ratolestí. To se projevuje také v jejich důsledném absolvování pravidelných preventivních kontrol či nošení zubního průkazu dítěte pro uskutečnění jednotlivých zápisů z těchto kontrol. Případné zubní potíže tak lze zachytit včas, aby stav chrupu dítěte skončil bez jakýchkoliv trvalých následků.

Přibližně 20 % dětských pacientů však do stomatologické ordinace dorazí ve vyšším věku (od čtyř let výše) a to často až na základě potřeby řešit nějaké konkrétní bolesti zubů či jiné dentální obtíže. Jen malé procento rodičů se z této situace poučí a jejich nedůslednost přetrvává i v následné docházce na pravidelné preventivní kontroly. Je běžné, že zubař takové dítě spatří znovu, až když je opět potřeba řešit nějaký další problém s bolestí. Když dojde špatný stav chrupu tak daleko, že pacient pociťuje bolest, zpravidla je kaz již tak velký, že to značí významný zásah do celého zubu, přičemž následné

⁶⁸ <http://www.vzp.cz/uploads/document/vyse-uhrad-ambulantnich-stomatologickych-sluzeb-stomatologickych-vykonu-hrazenych-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni.pdf>

stomatologické úkony zanechávají do budoucna v dětských ústech následky, na jejichž základě mohou vznikat další ještě nebezpečnější obtíže⁶⁹. Podle zkušeností zubařů ze zkoumaného vzorku, kteří měli tu možnost léčit také rodiče těchto dětí, je tento laxní přístup rodičů k prevenci obdobný i v jejich vlastní dentální péči.

Vzhledem k potřebě souhlasu zákonného zástupce dítěte ke schválení případných jednotlivých úkonů k ošetření zubních potíží trvá většina respondentů na přítomnosti rodičů při prohlídkách dětí - s jistou benevolencí u dětí kolem patnácti let věku. Pouze dva respondenti byli ochotni vyšetřit bez přítomnosti dospělé osoby dítě mladší patnáct let.

Co se týče financování péče, tak všichni zubaři ze zkoumaného vzorku potvrdili, že veškeré standardní služby pro dětské pacienty v jejich ordinacích jsou hrazené z pojištění včetně amalgámových výplní. Upozornili však na významné finanční zatížení v oblasti ortodoncie, kdy pořízení fixních či snímacích aparátů (rovnátek) se může pohybovat i v řádech deseti tisíců korun.

Všichni respondenti potvrdili, že svým pacientům vyplňují zubní průkazy, pokud si je na prohlídky přinesou. Většina zubařů ze zkoumaného vzorku (celkem šest) vznik a využitelnost zubních průkazů chválila a viděla v nich cennou pomůcku rodičů či jejich významné a včasné postrčení k uvědomění si dalších důležitých aspektů v péči o vlastní dítě. Další čtyři respondenti primárně neodmítali myšlenku užitečnosti zubních průkazů, ale váhali, zda je to dostačující k dosažení cíle, či rozvíjeli varianty, jak by mohlo jejich využití být ještě komplexnější (rozšíření o základní pokyny k hygieně a zdravým stravovacím návykům; kontrola docházky na prevence pro následné dosažení péče hrazené z pojištění).

Ukázalo se, že většina zubařů ze zkoumaného vzorku bývá v občasném kontaktu s pediatry některých svých dětských pacientů za účelem dosažení co nejšetrnější péče vzhledem k dalším zdravotním obtížím dítěte (alergie, onemocnění endokarditidou apod.), či vyloučení vzniku určitých zdravotních obtíží (zvýšená teplota) ze stomatologických důvodů (např. zánětu). Někteří pediatri kontaktovali zubaře za účelem nalezení trvalé stomatologické péče pro některé své pacienty s očividnými výraznými potížemi v oblasti chrupu.

⁶⁹ Např. díky nově vzniklému kazu v prostředí opraveného zubu pod plombou je nutno vyvrtat zub hlouběji, čímž hrozí odhalení nervu zubu. V takovém případě následuje proces celkového odhalení nervu a umrtvování zubu, který může v horším případě vyústit ve ztrátu celého zubu.

Znovuzavedení hromadných prohlídek dětí organizovaných školami by uvítalo šest zubařů ze zkoumaného vzorku. Čtyři další respondenti by v takovém kroku nespatořovali řešení stávajících problémů a navrhovali by spíše zlepšení podmínek v rámci současného stavu fungování: umožnit rodičům, aby se mohli pro návštěvu s dítětem u lékaře uvolnit z práce bez jakékoliv penalizace ze strany zaměstnavatele; motivovat rodiče, aby na základě benefitů například od pojišťovny spatořovali v návštěvě u lékaře další výhody a hlavně docenění služeb stomatologů, kteří se péčí o dětské pacienty chtějí věnovat.

Skrze většinu rozhovorů se zubaři ze zkoumaného souboru vyznívala jednotná kritika stávajícího systému financování (konkrétně výše úhrad) stomatologických úkonů z pojištění. Na základě příkladů jsme si ukázali, že skutečně jsou některé úkony, jež se týkají pouze dětských pacientů, výrazně podhodnocené v porovnání s finančním ohodnocením péče o dospělé pacienty. Z pohledu respondentů je péče o dětské pacienty nedocenená a nevýhodná. Nelze vyloučit, že k takovým závěrům mohou docházet i další odborníci z jiných odvětví zdravotní péče, kteří mají na výběr mezi přijetím dospělých a dětských pacientů (např. oční lékaři), pokud je u nich situace s financováním ze stran pojišťoven založena na podobném systému. Zjišťování těchto skutečností by však přesahovalo možnosti této diplomové práce.

7.4.3 Rodiče s dětmi z azylových domů

(dále jen „rodiče“)

- 1) Má Vaše dítě stálého pediatra, ke kterému dochází od narození?
- 2) Jak jste spokojen/a s poskytovanou péčí?

V odpovědi na první otázku se rodiče rozdělili přesně na dvě poloviny. Prvních pět respondentů potvrdilo, že jejich děti docházejí od narození ke stejnému pediatru, přičemž u dvou matek se dokonce jednalo o stejného pediatra, ke kterému docházely i ony samy v dětství. Všech pět respondentů, kteří se svými dětmi docházejí od narození ke stejnému pediatru, jsou s těmito lékaři naprosto spokojeni.

Druhá polovina respondentů, kteří průběžně změnili pediatra dítěte, tak učinila ze shodného důvodu a tím byla změna bydliště. Kvůli přestěhování se jim stal jejich původní dětský lékař prakticky nedostupný. I zde se našly případy, kdy původní pediatr míval ve své péči také někoho z rodičů v jejich dětském věku. Zajímavé je, že mezi těmito pěti

respondenty tři vyjadřovali menší spokojenost s předchozím lékařem v porovnání s tím stávajícím:

„Ta doktorka, u který jsme byli před tím, tak byla taková jako laxnější v tom přístupu. Že spíš byla taková: Nó, to nevadí. Když malinká, když se narodila, byla třeba trochu opruzelá nebo to, tak: Nó to se zahojí.“

žena 28 let, 3. zkušenost s azylovým bydlením, 5 dětí (věk: 8, 7, 5, 4 a 2 roky)

„Měnili jsme (pediatra) kvůli adrese. Ted' jsem spokojenější, je taková pečlivější.“

žena, 31 let, 1. zkušenost s azylovým bydlením, 5 dětí (věk: 12, 8, 4, 3 roky, 5 měsíců)

„Já jsem si ji (pediatra) vyměnila, ona nebyla dobrá. Ona byla starší. Já jsem ji měla taky od patnácti let, ona i léčila mě. Já jsem k ní chodila jako já dítě. Ale ona mě ani neposílala po takových vyšetřeních. Třeba ten starší syn čtyřletej je strašně mentálně postižený. To mi ani neřekla, všechno mi tajila. Já jsem jí řekla třeba: „Pošlete mě na vyšetření s tím starším, on strašně vyvádí, začíná bejt agresivní a mám něco s tím udělat“ a ona mi říká: „Ono je všechno v pořádku“. A ještě jsem jí řekla: „On jako nemluví. Čtyřletý dítě už má skoro mluvit. A on vůbec nemluví jen samé (napodobuje neartikulovatelné zvuky dítěte), je agresivní, všude musí mít ruku a jak se to říká... je hyperaktivní. To mi ale zatajila, to mi ani neřekla. Jsem se dozvěděla hodně novinky u něho. A jednou jí říkám, že je strašně nemocnej. A ona mi řekne: „No to je normální chřipka“. Normální chřipka? On se mi zhroutil s febrilními křečema. Napůl ani nedejchal ani nevnímal mě. Potom jsem si přeměnila doktorku. Paní moje sociální pracovnice mi poradila, že to mám i blízko kvůli tomu bydlení. Tady ta doktorka mi řekla třeba, že mám s děťma chodit pravidelně, mám mu tahat i kůžičku na pindíka. To mi tamta třeba neporadila. A potom mi ještě doporučila, že mám chodit k dětskému zubaři taky.“

žena, 25let, 3. zkušenost s azylovým bydlením, 2 děti (věk: 4 a 3 roky)

3) Dochází vaše dítě pravidelně k zubnímu lékaři? Od kdy a proč?

Ze zkoumaného vzorku pro tuto otázku byl vyjmut jeden rodič z důvodu příliš nízkého věku dítěte (7 měsíců) pro zubní vyšetření. Pět rodičů potvrdilo, že jejich děti docházejí k zubnímu lékaři, z toho jedno nepravidelně:

„(Smích rodiče) *Nó, pravidelně nepravidelně. Jsou tam dlouhý objednávání doby. Já ten termín bud' prošvihnu, nebo se to zrovna nehodí. Ted' budou prázdniny, potřebujeme udělat nějaký krok a vlastně je to de facto minimálně měsíc a něco.*“

muž, 37 let, 1. zkušenost s azylovým bydlením, 1 dítě (věk 9 let)

Všech pět rodičů, jejichž děti mají zubního lékaře, sdělilo, že shánění stomatologa vyšlo z jejich vlastní iniciativy. V některých případech si příslušný pediatr ani nezjišťoval, zda je dítě u nějakého zubaře registrováno, jiný se zeptal pouze jednou a poté již nekontroloval pravidelnou docházku.

Zbylí čtyři rodiče zdůvodnili, že jejich děti nedocházejí k žádnému zubaři, protože se jim nepodařilo najít stomatologa, který by si je jako pacienty vzal do péče:

„*Já vám řeknu po pravdě, voni moje děti nemaj ani jednoho zubaře, protože když jsem tady volala na sedmičku, tam mě řekli, že prostě nemaj místo. No takže já vůbec nemůžu sehnat jako nějakýho zubaře jakože oni chtěj, abysme celá rodina chodili, jinak prej mi nemůžou dítě jako vzít. Tady kdysi Ortenovo náměstí škola měli zubaře a oni to něk zrušili. Já jsem právě říkala, to by to bylo dobrý, že by to bylo výhodný, že by tam to dítě mohlo chodit pak pořád, jenže ta škola zrušila tu kontrolu zubů.*“

žena, 42 let, 2. zkušenost s azylovým bydlením, 3 děti (věk: 11, 8 let, 10 měsíců)

„*Nechodí, protože žádnýho nemáme, protože s tímhleč tím jsou velký problémy. Protože oni nechtěj jakoby už přibírat. Když jdete někde k zubaři, tak vás prostě nevezmou. Já jsem tenkrát měla akutní, mě tady moudrák, nebo co to bylo, zub vzádu a tlačil se mi na tu kost jakoby, takže já jsem měla takovou (ukazuje rukama široký objem) pusou, tak jsem šla k zubaři, ale nevzali mě, že prostě ať se nezlobim, ale prostě mě nevezmou no. Já jsem osobně byla naposled u zubaře, když mi bylo šestnáct let. Tady jedna paní taky měla problém se zubama, že ji furt bolely, má díry v zubech nebo tak něco a taky nikde nic. Paní ředitelka (azylového ubytování) říkala, že prý někoho seženou na ty zuby.*“

žena, 34 let, 1. zkušenost s azylovým bydlením, 3 děti (věk: 17, 4, 1 rok)

„A potom mi ještě (pediatřička) řekla, že mám chodit k dětskému zubaři taky. A taky hledám pro nich a nemůžu najít. Já žádného zubaře nemám, já jsem nebyla od patnácti let u zubaře, strašně i já trpím bolestěma zubama.“

žena, 25let, 3. zkušenost s azylovým bydlením, 2 děti (věk: 4 a 3 roky)

„To bych určitě potřebovala. I se sebou. Jenže takhle jak sháním, tak oni jsou strašně drahý, co jsem platila, prostě na to nemám. Já mám mladší ségru a ty teď taky měli problém sehnat zubaře, protože jí to bylo doporučený OSPODem no a taky jakože nenabírali nikde ani ty dětský. Nemají místo. Já už jsem se tady ptala na nějaký zubaře, jestli by mi vyjeli z počítače. No a teď tam máme nějaké kontakty, ale stejně prostě je to všechno o penězích. (...) Oni tam mají přímo ten ceník vždycky na té stránce svojí.“

žena, 27 let, 3. zkušenost s azylovým bydlením, 2 děti (8 a 2,5 roku)

4) Má Vaše dítě zubní průkaz?

Odpověď:	Počet osob:
Ano	5
Ne	3
Nevím, co to je.	2

Tabulka 8: Odpovědi na otázku "Má Vaše dítě zubní průkaz?"

Oba rodiče, kteří o zubním průkazu do našeho rozhovoru nikdy neslyšeli a nebyli si jisti, zda ho mají či nemají, jsou zároveň respondenty, kteří nemají zubního lékaře ani pro sebe, ani pro své děti. Také jeden rodič s dětmi, který odpověděl, že zubní průkaz nemají, je rovněž bez lékařské zubní péče. Ve všech třech případech se pediatr po registraci dětí u zubního lékaře buď neptal vůbec, nebo jen jedenkrát a více se nezajímal.

5) Je zubní průkaz pravidelně vyplňován zubním lékařem?

6) Je zubní průkaz pravidelně kontrolován pediatrem?

Vzhledem k tomu, že pro zodpovězení těchto dvou otázek zůstalo pouze pět respondentů, z nichž navíc dva vypadli (první respondent má dítě v příliš nízkém věku, než aby bylo aktuální zjišťovat zubní péči, druhý respondent v době rozhovor neměl pro své

dítě zubního lékaře), autorka diplomové práce jen krátce shrne, že praxe závisí na přístupu jednotlivých lékařů, přičemž to, že zubní lékař zubní průkaz vyplňuje, v sobě zároveň neimplikuje také to, že bude kontrolován pediatrem a naopak.

7) Zjišťuje pediatr jiným způsobem, zda dítě dochází na preventivní zubní kontroly?

Celkem čtyři respondenti potvrdili, že se jich pediatr při preventivních prohlídkách dítěte průběžně ptá, zda dítě pravidelně navštěvuje zubního lékaře. U dvou dalších rodičů došlo v nižším věku dítěte k jednomu dotazu na registraci dítěte u zubního lékaře, ale poté se již pediatr o zubní péči více nezaujímal. Se třemi respondenty pediatrii na téma zubní péče dítěte vůbec nehovořili.

8) Navštívilo Vaše dítě někdy lékaře samo bez dospělého doprovodu?

Všichni rodiče bez výjimky popřeli, že by jejich děti někdy navštívily jakéhokoliv lékaře bez doprovodu dospělé osoby. Pouze jedna matka si posteskla:

„Spíš třeba je těžší, když jedno dítě onemocní a já zrovna potřebuju s druhým k lékaři, tak zase to dítě je doma. Tak to mám spíš problém.“

žena, 42 let, 2. zkušenost s azylovým bydlením, 3 děti (věk: 11, 8 let, 10 měsíců)

9) Řešil/a jste někdy finanční obtíže v rámci poskytování lékařské péče?

Žádný z rodičů v průběhu péče o dítě nereflektoval situaci, kdy by se musel potýkat s nějakými významnými finančními obtížemi v rámci poskytování lékařské péče. Nejčastější platbou je poplatek za vystavení potvrzení o zdravotním stavu dítěte pro účely přijetí do mateřské školy či pobytu na táboře/škole v přírodě, přičemž tento poplatek je odpuštěn, je-li rodič v hmotné nouzi. V takovém případě se lékař také snaží předepsat co nejlevnější variantu léků, která je na trhu k dispozici.

Tři rodiče se zmínili o náročnosti vysokých plateb za léky či výživu vzhledem ke konkrétním zdravotním obtížím svých dětí:

„Jako léky mi přijdou pro děti, že jsou strašně předražené. My jsme se sem nastěhovali, to je náš první azyl a my jsme se sem nastěhovali z důvodu toho, že nám zvýšili nájem. (...) Já jsem neměla dluh nic, takže jsem odešla s čistým štítem a paní ředitelka nás teda z důvodu

toho vzala sem, abysme měli kde bydlet tady s dětma, jo. Takže jsme tady proto a jak jsme se nastěhovali sem, tak kluk byl půl roku nemocnej. Pan doktor nevěděl už, jaký léky nám má dát. My jsme každéj tejden měli dvakrát jiný léky, takže já jsem za jeden měsíc utratila za léky dva tisíce. Opravdu to vám nelžu a teď si vemte, že oni byli půl roku nemocný. Já jsem úplně šilela. Doktor, ten už byl hotovej, ten už nevěděl, co s námi. Pak jsme zjistili, pak nás vzal na alergologii a zjistil nám, že jsme alergický na plíseň a na vlhkost, což tady je no. A všechno to vzniklo tady, takže teďko voni berou jakoby pořád, než jako vodsud vodejdeme, tak musej brát lék, kterej je na potlačení jakoby tý alergie. Toho, aby jako nekašlali a nebyli nemocný, no. A teď si vemte, že já kupuju dva, protože jeden jim dohromady nestačí. Ta bere tři, ta bere dva a půl každéj den před spaním, aby jim to roztáhlo ty plíce a aby se jim dobře dechalo, jo. Takže oni maj jeden na tejden a kousek. A to platíte celou vy tu částku.“

žena, 34 let, 1. zkušenost s azylovým bydlením, 3 děti (věk: 17, 4, 1 rok)

„Vložky do bot pro toho staršího, protože má ploché nožky - 300 Kč. Nebo když mají něco dlouhodobějšího, tak potřebujou antibiotika. Půlku oni hradí a půlku já. Nebo mastičky na atopický ekzém, to potřebuje celoročně. To hradím celý já. A ta hyperaktivita, na to bere léky. Sedm set každý měsíc!“

žena, 25let, 3. zkušenost s azylovým bydlením, 2 děti (věk: 4 a 3 roky)

„No tak pro malýho, když nás propustili (z porodnice), tak jsme měli umělou výživu Pre BEBA discharge se to jmenuje a stojí to jednou tolik jak sunar, protože ono to je jakoby speciální pro nedonošený miminka.“

žena 29 let, 1. zkušenost s azylovým ubytováním, 1 dítě (věk: 7 měsíců)

10) Uvítal/a byste, aby se obnovil systém hromadných zdravotních prohlídek organizovaných v rámci školy, nebo Vám vyhovuje současný stav?

Převážná většina rodičů byla nakloněna myšlence znovuoobnovení hromadných zdravotních prohlídek organizovaných v rámci škol. Pouze dva respondenti zcela odmítli tento nápad:

„Podle mě je to opravdu na tom rodiči, kdy uzná za vhodný vzít to dítě k tomu doktorovi jako. Ten rodič podle mě jako ví nejlíp, kdy tomu dítěti něco schází, nebo kdy potřebuje na

očkování, nebo kdy potřebuje k zubaři. Škola je od toho, aby se tam učili a ne aby je tahali po doktorech.“

žena, 25 let, 1. zkušenost s azylovým bydlením, 2 děti (věk: 6 let, 19 měsíců)

„Tak já myslím, že je v pohodě se objednat podle sebe vlastně jak máte čas a to jako.“

žena, 27 let, 3. zkušenost s azylovým bydlením, 2 děti (věk: 8 a 2,5 roku)

Z osmi kladně naladěných rodičů však pouze polovina respondentů souhlasila s kompletním obnovením jak v oblasti pediatrické, tak zubařské:

„Já jsem se právě o tomhle bavila s mojí maminkou a shodly jsme se obě dvě na tom, že bysme to vrátily zpátky jako ty plošný prohlídky. Já bych byla pro. Tak vzhledem k tomu, že já mám nejstaršího syna autistu, tak by aspoň věděl, že jako chodí i ostatní děti v jeho věku, že prostě dou, že to není problém. A že i pro něj by to bylo i ulehčení. Že by viděl ty svoje vrstevníky, že dou taky no. A taky že by to pro mě bylo ulehčující. Tak si myslím, že i některý rodiče jako to ňák zanedbávají, takže aspoň i tohleto by bylo určitý jakoby ujištění, že teda to dítě aspoň bude ňákou tu prohlídku mít a bude aspoň trošku hlídáný.“

žena, 28 let, 3. zkušenost s azylovým bydlením, 5 dětí (věk: 8, 7, 5, 4 a 2 roky)

„No je to i dobrý, když choděj rodiče, ale lepší, kdyby to bylo ve školách. Třeba jak já teďkon nemám ten čas, mám lítání s tím menším, nestíhám ani vařit, ani uklízet, to by se mi líbilo. Já by sem takhle to udělala. By se zeptali učitelky telefon by zavolali těm rodičům. By řekli to středisko, kde sídlej, a tam by si došli ty rodiče.“

žena, 25 let, 3. zkušenost s azylovým bydlením, 2 děti (věk: 4 a 3 roky)

„Já bych byla, že jo, aby se to obnovilo, protože víte co, voni kolikrát jako ty maminky, když jsou třeba v práci, kolikrát nemůžou dostat volno. Nebo otec nebo matka jo musej opravdu vydělávat ty peníze pro ty děti, na ten nájem, na to jídlo, aby prostě bylo zázemí pro ty děti. A paní učitelka nemůže vzít celej houf já nevím dvaceti dětí třeba i kolikrát sama a jít s nima kor tady v Praze. Já jako bych pro tadyto byla jako ano, aby jako se to obnovilo znovu, protože zaprví to ušetří čas těm maminkám a tatínkům, který opravdu jsou jakoby zaneprázdněný, jo, že jsou rádi, že jim přečtou třeba pohádku, jo. A za druhý i pro ty děti je to lepší, protože nevíte, co se tou cestou může stát a kor tady v Praze co se děje.

To je neuvěřitelný. Kdyby jeden den se zavřelo, nebo nahradil druhý lékař a tamten lékař by šel do školy, tak já bych proto byla, že jo. “

žena, 34 let, 1. zkušenost s azylovým bydlením, 3 děti (věk: 17, 4, 1 rok)

„Tak já si to ještě pamatuju, za mě to bylo a myslím si, že to je dobrá věc. Já bych to obnovila celé, v podstatě je to třeba. Myslím si, že tam určitě nedělají žádné zbytečné prohlídky nebo něco, co by bylo zbytečného. “

žena 29 let, 1. zkušenost s azylovým ubytováním, 1 dítě (věk: 7 měsíců)

Dle názorů zbývajících čtyř rodičů je obnovení zbytečné v pediatrické oblasti, ale ve stomatologické sféře by mohlo být ku prospěchu:

„Spíš já bych chtěla jako, aby to zase jako obnovili jako celá třída, že dou jako povinně, že prostě půjdou a bude kontrola zubního lékaře. Jako to bych jako chtěla, protože vidíte, že to není tak snadný. S tím pediatrem není žádnéj problém v tomhleto, spíš v tý zubní péči to je jako těžší. Teď v týhleto době jako nenajde. Oni chtěj, aby celá rodina chodila. Na víc jako tu evidenci neudělaj. “

žena, 42 let, 2. zkušenost s azylovým bydlením, 3 děti (věk: 11, 8 let, 10 měsíců)

„Já bych asi jako byla pro to to obnovit, protože já si pamatuju jako na základní škole, že jsme hromadně všichni šli k zubaři, což jako ok, já si myslím, že to je dobrý. Jako by tu školu to nic nestojí relativně, jo a ty děti tam jdou společně, takže žádný doma hysterie, dohadování, přemlouvání. Do toho většinou ty matky teda pracujou nebo ty otcové, takže jako skloubit nějakýho zubaře s dětma, se školou, s prací, jako já bych asi byla pro. Ale přece jenom ten pediatr myslím si, že by měl komunikovat s tím rodičem, že ten rodič nejvíc jako by ví, že to dítě má i nějaký jiný problémy, přitom to dítě to neřekne, že jo. Jako zubaři souhlasím, ale myslím si, že pediatrii určitě ne. “

žena, 41 let, 2. zkušenost s azylovým bydlením, 4 děti (věk: 22, 13, 6, 4 roky)

„Já bych uvítala toho zubaře, kdyby se chodilo jako hromadně jako ve školách, to bych uvítala, jako jsme chodili my. Že by viděly jako, že tam chodí víc dětí a že by se tolik nebály ty děti, si myslím no. “

žena, 31 let, 1. zkušenost s azylovým bydlením, 5 dětí (věk: 12, 8, 4, 3 roky, 5 měsíců)

„Nemyslím si, že bych byl tomu nakloněn, poněvadž my si tak ňák jako vystačíme. Možná že by nebylo nejhorší mít ty hromadný návštěvy u toho stomatologa. Myslím si, že ty děti to třeba lépe snášej, ale zase je otázka vlastně rodiče, co chtěj poskytnout dítěti... ten výběr, že jo. Ale principiálně nejsem tomu nakloněn. Ten stomatolog si myslím, že není zas tak špatný a vlastně pokud by to fungovalo na tom, že vlastně tam zajdou celá třída hromadně k ňákému zubaři a od rodičů budou mít, že rodiče souhlasí s tím zákrokem. Mít ňákej ten souhlas písemnej, tak jo no.“

muž, 37 let, 1. zkušenost s azylovým bydlením, 1 dítě (věk 9 let)

7.4.3.1 Dílčí závěr

V této kapitole jsme se dozvěděli informace od rodičů s dětmi ze sociálně znevýhodněného prostředí, které se týkají jejich osobních zkušeností se základní lékařskou péčí poskytovanou jejich dětem. Polovina respondentů má zkušenost se změnou pediatra a to vždy z důvodu změny bydliště. Z toho ve třech případech jsou rodiče s novým pediatrem spokojenější než s tím předchozím. Bylo patrné, že rodiče, pokud to umožňuje situace, registrují své děti u pediatrů, ke kterým sami docházeli v dětském věku.

Téměř v polovině případů děti rodičů z výzkumného vzorku nejsou zaregistrovány u žádného zubního lékaře, protože rodiče nesehnali stomatologickou ordinaci s volnou kapacitou, kde by zároveň přijímali také dětské pacienty. Tristní na tom je především to, že se jedná dokonce o několik dětí ve věku 8 a 11 let, nikoliv jen děti předškolní. Rodiče ze zkoumaného vzorku, jejichž děti docházejí na pravidelné zubní preventivní prohlídky, jednoznačně všichni deklarovali, že registrace dítěte u stomatologa vyšla z jejich vlastní iniciativy a leckdy pediatr dítěte o tuto problematiku nikterak neprojevoval zájem.

Polovina respondentů potvrdila, že mají zubní průkaz. Vyplňování zubního průkazu zubařem či kontrolování pediatrem je odvislé od přístupu jednotlivých lékařů a nelze zde vypožorovat jakoukoliv vzájemnou souvislost. Dva rodiče vůbec netušili, co to zubní průkaz je, ačkoliv oba mají více dětí v různém věkovém rozmezí, takže je očekávatelné, že alespoň u jednoho z dětí by mělo dojít k předání tohoto průkazu. Je zajímavé, že právě tyto dva rodiče spolu s jedním dalším rodičem, který při rozhovoru sdělil, že zubní průkaz jeho děti nemají, zodpověděli, že oni ani jejich děti nemají zubního lékaře.

Z těchto souvislostí lze usuzovat, že zájem pediatra spolu s obdržením zubního průkazu a vysvětlením jeho významu rodiči může mít pozitivní vliv na jeho rodičovské

kompetence v oblasti zubní péče. Je možné, že rodič po té začne včas s hledáním zubní ordinace a spíše bude úspěšný, protože má k dispozici delší časový horizont, který není nikterak přerušován kupříkladu starostmi okolo dalšího později narozeného dítěte.

Všichni rodiče ze zkoumaného vzorku negovali, že by jejich děti byly nuceny třebas v ojedinělých případech navštívit ordinace některého z lékařů bez doprovodu dospělé osoby. Rodiče rovněž popřeli, že by se v rámci zdravotní péče setkali s jakýmkoliv výraznými finančními obtížemi. Tři respondenti si pouze posteskli nad vyšší úhrad za léky, zdravotní pomůcky či výživu dítěte.

V otázce zachování současného systému či obnovení dřívějších hromadných zdravotních prohlídek organizovaných v rámci škol byla převážná většina respondentů nakloněna jejich obnovení. Pouze dva rodiče obnovení zcela zamítli s tím, že stávající systém je vyhovující a dostačující. Zbývajících osm rodičů ze zkoumaného vzorku se rozdělilo na dvě poloviny, přičemž první by systém hromadných zdravotních prohlídek organizovaných v rámci škol obnovila jak pro pediatrickou, tak pro zubní péči. Druhá polovina by uvítala obnovení pouze v oblasti dentální péče a to vzhledem k horší dostupnosti zubařů s volnou kapacitou pro dětské pacienty. Dalším důvodem pro obnovení v oblasti stomatologické péče byla domněnka, že by se děti zubaře méně obávaly, kdyby ho navštěvovaly ve skupině svých vrstevníků.

7.4.4 Shrnutí

V oblasti pediatrické péče je od respondentů reflektována spokojenost. Pediatři nevnímají žádné významné obtíže s docházkou rodičů s dětmi na preventivní kontroly. A pokud ojediněle musí pediatři nějaký takový problém řešit, funguje dostačujícím způsobem spolupráce s OSPOD. Rovněž při případném zanedbání péče o dítě je zpravidla OSPOD již informován a komunikace s pediatry probíhá spíše na informativní bázi. Dobrá atmosféra v prostředí pediatrické péče je poznatelná rovněž z toho, že většina pediatriů je ochotna po domluvě s rodiči vyšetřit dítě i bez jejich přítomnosti, což značí dobrou komunikaci mezi pediatry a rodiči dětí.

Rodiče s dětmi z azylových domů ze zkoumaného vzorku také projevovali spokojenost a nereflektovali žádné výrazné problémy v oblasti pediatrické péče. Dokonce bylo znát, že vyhledávají pro své děti pediatry, ke kterým docházeli i oni sami v dětství, což je pozitivní. Pokud pediatr zná rodiče již od jeho útlého dětského věku, lze předpokládat, že také zná jeho limity a osobnostní rysy a na základě těchto svých zkušeností může v rámci jejich spolupráce předcházet možným problémům v péči o dítě. I při časté změně bydliště, jež byla patrná u námi zkoumaných rodičů s dětmi z azylových domů, nebyl zmiňován jakýkoliv problém se sháněním nového pediatra pro dítě.

Co se týče financí, tak si několik rodičů posteskl nad vysokými platbami za léky, což je však typické pro celý systém distribuce léčiv v České republice a nesouvisí to úzce pouze s dětskou klientelou. Případné platby u pediatriů za potvrzení pro školy apod. lze zdárně řešit díky možnosti uplatnění potvrzení o hmotné nouzi.

Jako velmi problematická se však jeví oblast stomatologické péče a to z pohledu všech třech skupin zúčastněných respondentů. Podle zubařů lze vyzorovat 20 % dětských pacientů, jejichž péče o chrup neprobíhá standardní cestou a může způsobovat vážné poškození a následky pro chrup těchto dětí v budoucnu. Tyto děti nedocházejí na pravidelné preventivní prohlídky a zubař se s nimi setká často až po několika letech, když již děti trpí nesnesitelnou bolestí.

Tento stav probíhá i přesto, že oproti pediatriům ze zkoumaného vzorku byli zubaři ze zkoumaného vzorku mnohem přísnější na docházku dítěte za doprovodu zákonného zástupce. Pokud je rodič při vyšetření dítěte přítomen, má zubař možnost sdělit mu potřebné informace týkající se zdokonalení péče o chrup dítěte a předcházení potíží.

Mohli bychom uvažovat nad tím, zda přísnost zubařů v docházce nepůsobuje nižší docházku dětí ze sociálně znevýhodněného prostředí. Pokud se například rodič nemůže

zúčastnit kvůli nedostatku času, nepošle na kontrolu ani dítě, nebo jej zubař nevyšetří, protože dorazilo samo bez dospělého doprovodu. Nicméně díky respondentům ze skupiny rodičů z azylových domů víme, že z jejich strany žádné obtíže s docházkou dětí bez doprovodu rodičů reflektovány nebyly.

Důležitou informací ze strany zubařů ze zkoumaného vzorku je, že zhruba 20 % dětských pacientů přichází poprvé do jejich ordinace v pozdějším věku zpravidla na základě již probíhající bolesti zubů. Na místo doporučené registrace dítěte v zubní ordinaci kolem jednoho roku jeho věku tak děti přicházejí mnohdy až ve školním věku (viz příklad jedné ze zkoumaných zubařek, kdy pacientka dorazila poprvé až v šesti letech), kdy již trpí výraznými obtížemi. Takové ošetření je pak bolestivé a v dítěti tak může vyvolávat strach z budoucích návštěv zubní ordinace.

Tři čtvrtiny pediatriů ze zkoumaného vzorku se dotazují na docházku dítěte k zubnímu lékaři, ačkoliv v rámci celkové prohlídky mají za úkol prohlédnout dítěti také chrup, u čehož se otázka po registraci dítěte u stomatologa přímo nabízí. Zubní průkaz kontrolují pouze dva respondenti ze dvanácti pediatriů ze zkoumaného vzorku. Dva pediatrii dokonce ani netušili, co to zubní průkaz je. A to i přesto, že se všichni respondenti ze skupiny pediatriů běžně setkávají se zanedbaným chrupem některých dětských pacientů a to v některých případech až tak poškozeným, že jsou nuceni tyto děti odeslat na zubní pohotovost.

Pediatrii ze zkoumaného vzorku to vysvětlují tak, že je nedostatek zubních lékařů, kteří by vyšetřovali také dětské pacienty, s čímž oni nemohou nic dělat. Rodiče ze zkoumaného vzorku rovněž potvrzují, že je obtížné sehnat stomatologa pro dítě. Téměř polovina z nich ho také doposad nesehnala. Je zajímavé, že tři respondenti ze skupiny rodičů, kteří nemají zubaře pro sebe ani své děti, zároveň nemají ani zubní průkazy. Ti rodiče ze zkoumaného vzorku, kteří zubního lékaře sehnali, tak dle svých slov učinili z vlastní iniciativy, nikoliv na základě podnětu pediatra.

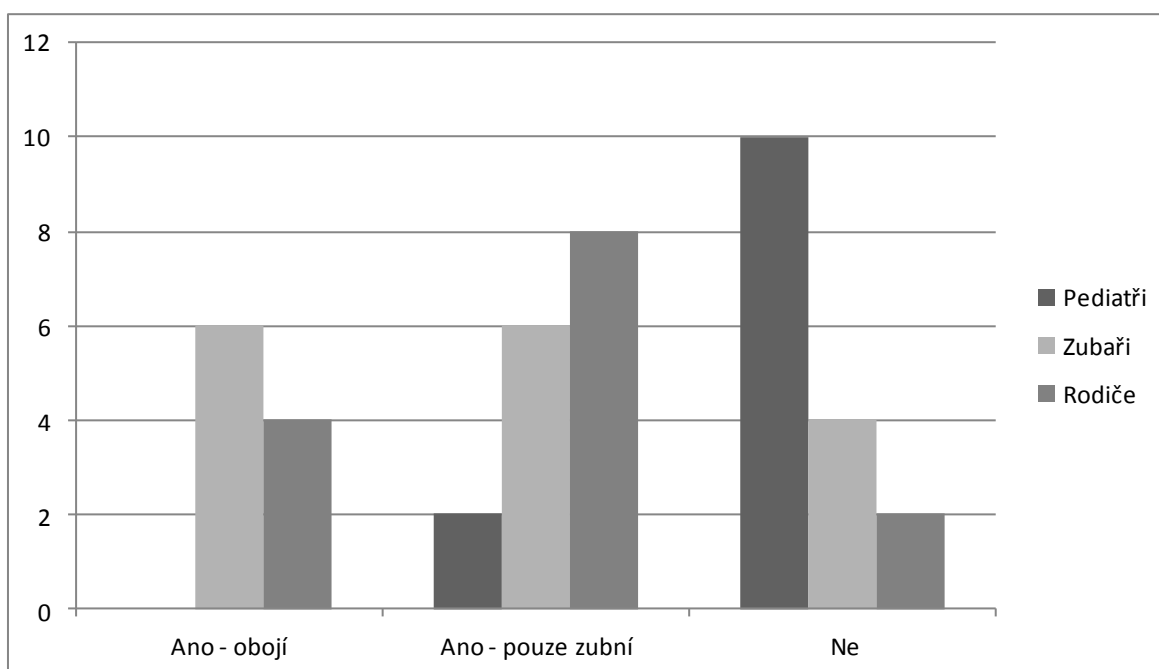
Všichni zubaři ze zkoumaného vzorku sdělili, že zubní průkazy vyplňují. Domnívají se, že je to užitečná věc – přinejmenším alespoň jako připomenutí rodičům, kdy mají znovu přijít s dítětem na kontrolu. Zkoumaní zubaři vyzorovali, že rodiče dětí, které přicházejí do ordinace pouze po delším čase kvůli bolesti, praktikují obdobný přístup i u sebe – péči zanedbávají. Je zde tedy patrné mezigenerační předávání návyků.

Zubaři ze zkoumaného vzorku potvrdili, že po finanční stránce neřeší s rodiči dětí žádné obtíže, neboť je veškerá standardní péče hrazená pojišťovnami. Upozornili na

vysokou finanční zátěž v oblasti ortodoncie. Ze svého pohledu vnímají úhrady pojišťoven za péči poskytovanou dětským pacientům v jejich ordinacích jako výrazně podhodnocenou, což by mohlo vysvětlovat nedostatek zubařů, kteří by byli ochotni přijímat pacienty v dětském věku.

Z celkového počtu 32 respondentů ze všech třech zúčastněných skupin bylo pouze 10 osob (6 zubařů, 4 rodiče) pro znovuoobnovení hromadných prohlídek dětí v rámci škol v kompletní sestavě – tedy jak v pediatrické, tak zubní péči. 16 respondentů (2 pediatri, 6 zubařů, 8 rodičů) by uvítalo dřívější model hromadných prohlídek organizovaných školami v oblasti stomatologické péče.

Přejete si znovuoobnovení hromadných prohlídek dětí organizovaných školami v oblasti pediatrické a zubní péče?



Obrázek 8: Přehled odpovědí na otázku "Přejete si znovuoobnovení hromadných prohlídek dětí organizovaných školami v oblasti pediatrické a zubní péče?"

8 Závěr

Po teoretické stránce jsme si v první polovině této práce objasnili, jak zásadní vliv může mít na život dítěte zanedbání jeho zdravotní péče a potřeb. Rozebrali jsme dvě zdravotnické oblasti, jejichž existence a funkce má zajišťovat, aby potřeby dítěte byly naplňovány a možné zanedbání včas rozpoznáno a eliminováno.

Konkrétně jsme se zaměřili na pediatrickou péči, protože praktičtí lékaři pro děti a dorost jsou první zdravotní odborníci, kteří jsou s dítětem dlouhodobě v kontaktu a mohou tak ledacos ovlivnit a nasměrovat správným směrem. Dále jsme se zabývali také stomatologickou péčí, neboť zanedbání zubní péče může způsobit trvalé následky v mnoha oblastech života dítěte (od schopnosti kvalitně vyslovovat, přes estetický vliv na okolí a s ním související tvorbu sebevědomí a sebepojetí jedince, až po schopnost se pohodlně stravovat a fungovat bezbolestně v této oblasti).

V rámci výzkumného šetření bylo osloveno celkem 32 respondentů z území města Prahy. Kromě odborníků z výše zmíněných zdravotnických profesí byli osloveni také rodiče s dětmi z azylových domů, aby pomohli odhalit další témata týkající se této oblasti a zároveň poskytli zpětnou vazbu k názorům lékařů a to na základě svých vlastních zkušeností.

Bylo zjištěno, že v rámci pediatrické péče nedochází k žádným negativním situacím, které by mohly mít dopad na zdraví pacientů – dětí a to jak v obecném smyslu, tak v konkrétním tedy v našem případě dětí rodičů bydlících v současné době v azylovém bydlení. Obě zúčastněné strany – jak rodiče s dětmi, tak pediatři – jsou spokojeni se stávajícím stavem a nebyl zjištěn žádný nesoulad, který by bylo záhodno vystavit detailnějšímu průzkumu pro nalezení řešení.

To stejné nelze říci o stomatologické péči. Během rozhovorů vyšlo najevo, že přibližně u 20 % dětí neprobíhá zubní prevence a péče takovým způsobem, jak by bylo potřeba. Bylo zjištěno, že pokud samotní rodiče dítěte nejsou dostatečně iniciativní jak ve vyhledávání zubního lékaře, tak v samotné dentální péči o chrup dítěte, může dojít k zanedbání péče o dané dítě, které může vyvrcholit trvalými následky na zdraví dítěte.

Rodiče, kteří pocházejí ze sociálně znevýhodněného prostředí a sami v některých případech postrádají potřebné zdravotní návyky (např. pravidelná a přiměřená péče o chrup, včasné docházení na preventivní kontroly apod.), je těžko mohou předat svým potomkům, pokud k tomu nejsou vyzváni třetí osobou. Prvním odborníkem, se kterým se pravidelně setkávají, je pediatr dítěte. Pokud by ten pravidelně konzultoval s rodiči potřebu

registrace u zubního lékaře, reflektoval jejich úsilí na základě ne/vyplněného zubního průkazu a zdůraznil jim neodkladnost a význam pravidelného dentálního vyšetření dítěte, mohli by rodiče být motivováni ke zvýšení své aktivity v této oblasti.

Jenže na základě zkušeností respondentů z výzkumného šetření se pediatrii staví k této problematice poněkud odtažitě, jakoby se jich netýkala, ačkoliv se pak dennodenně setkávají s následky zanedbání péče o chrup dětí. Své jednání vysvětlují problematičtým vyhledáváním zubních lékařů ochotných přijmout dětské pacienty na současném zdravotnickém trhu. Rodiče ze zkoumaného vzorku rovněž potvrdili nesnadnost dosažení tohoto cíle ze své vlastní zkušenosti. Mezi respondenty byli i rodiče, jejichž děti doposavad nemají zubního lékaře, ačkoliv dosáhli třeba i jedenácti let věku.

Zubní lékaři reflektují, že výše zmiňovaných cca. 20 % procent dětí přichází poprvé do jejich ordinace v příliš pozdním věku, přičemž již zpravidla trpí určitými obtížemi, jejichž náprava je bolestivá, a tak příliš děti a mladistvé nemotivuje k další návštěvě stomatologické ordinace v budoucnu. Zároveň vysvětlují, že neochota přijímat dětské pacienty vzniká na základě nedostatečné výše úhrad jednotlivých výkonů od pojišťoven. Léčit pouze dětské pacienty není pro zubaře výhodné a ani únosné vzhledem k vlastním nákladům.

Pokud je v dnešní době obecně problematické pro jakéhokoliv rodiče zajistit svému dítěti registraci u zubního lékaře, pro rodiče s dětmi pocházejícími ze sociálně znevýhodněného prostředí je taková situace ještě komplikovanější. Mohou postrádat určité sociální dovednosti či rozsah jejich sociální sítě může být omezenější. Při dlouhodobém nedostatku zubních lékařů ochotných ošetřovat dětské pacienty hrozí, že se po čase může stát dětská stomatologie nedostatkovou službou, jež bude k dispozici pouze jako výsada pro movitě zaopatřené občany, kteří si ji budou moci za náležitý příplatek dovolit.

Pokud se nestane dětská zubní péče pro praktikující stomatology lukrativnějším a lákavějším oborem, těžko lze v tomto směru mnoho změnit. Rovněž v oblasti pediatrické péče se dlouhodobě hovoří o stárnutí praktických lékařů pro děti a dorost a nedostatečném počtu jejich nástupců. Bylo by zajímavé porovnat, zda se tento trend objevuje i v dalších lékařských profesích kupříkladu mezi očními lékaři.

Rozpětí zkoumaných oblastí základní zdravotní péče o děti a mládež bylo zvoleno přiměřeně úzké s ohledem na délku diplomové práce. Během vypracovávání se otevřely další oblasti a specializace, které by mohly být pro dané téma relevantní, a proto zajímavé a obsahově žádoucí pro uskutečnění jiných výzkumů v budoucnu. Kromě již zmíněné oční

péče je zde ještě oblast ortodoncie, o které se často zmiňovali zubní lékaři v souvislosti s finančním zatížením. Velmi úzce s vývojem dítěte a zdravotní problematikou souvisí také logopedie.

9 Seznam použité literatury:

ASTHANA, S., HALLIDAY, J., 2006. *What Works in Tackling Health Inequalities? Pathways, Policies and Practice Through the Lifecourse*. Policy Press, Bristol, GBR. Available from: ProQuest ebrary. [14 March 2015].

BALÁŽ, R., 2014. Sociální práce je práce člověka s člověkem a ta má velký smysl. *Sociální práce / Sociálna práca*, č. 2, s. 6-10. ISSN 1213-6204

BALÁŽ, R., 2013. Současný stav neohrožuje ani tak rodiny jako samotnou existenci společnosti. *Sociální práce / Sociálna práca*, č. 3, s. 5-8. ISSN 1213-6204

BÁRTLOVÁ, S., 2009. Sociologie zdraví a nemoci. In: BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6

BUREŠOVÁ, V., 2013. Krajská rodinná politika zaměřená na ohrožené rodiny. *Fórum sociální práce*, roč. 2, s. 147-153. ISSN 1804-3070

DUNOVSKÝ, J. a kol., 1999. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 80-7169-254-9

GLADKIJ, I., 2000. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0176-2

HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5239-0

HORA, O., 2013. Sociální vyloučení a sociální začleňování. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

HRUBEC, M.; BRABEC, M., 2014. Nepodmíněný základní příjem a práce. *Fórum sociální práce*, roč. 1, s. 49-53. ISSN 1804-3070

JANDA, J., 2008. Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého v České republice (zkušenosti po 14 letech užívání). *Lékařské listy*, č. 11. Dostupné online: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/zdravotni-a-ockovaci-prukaz-ditete-a-mladistveho-v-ceske-republi-361768>

KASAL, J., 2013. Riziková mládež. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

KODYMOVÁ, P., 2013. *Historie české sociální práce v letech 1918-1948*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2256-9

KODYMOVÁ, P., SUDA, R., 2013. Obce jako výzva pro praxi sociální práce. *Fórum sociální práce*, roč. 1, s. 111-115. ISSN 1804-3070

KOŤA, J., 2004. Sociální deviace a společenský řád. In: JEDLIČKA, R. a kol. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis. ISBN 80-7312-038-0

KRAUSOVÁ, A., 2013. Komunitní školy – příležitost pro rozvoj školské sociální práce? *Sociální práce / sociálna práca*, roč. 2, s. 50-63. ISSN 1213-6204

KROH, M., 2014. Všeobecný základní příjem není podporou lenosti, zahálky a přiznivnictví. *Fórum sociální práce*, roč. 1, s. 54-57. ISSN 1804-3070

KŘEPELKOVÁ, J., 2014. *Znalosti a postoje 12letých školních dětí k zubnímu zdraví*. 3. LF UK. Bakalářská práce.

KUZNÍKOVÁ, I. a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-247-3676-1

LINKOVÁ, M., MATOUŠEK, O., 2014. Zdraví a výživa. In: MATOUŠEK, O.; PAZLAROVÁ, H. a kol.. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

LYNCH, H., 2008. *Conflicts of Conscience in Health Care: An Institutional Compromise*. Cambridge, MA, USA: MIT Press.

MACDONALD, R., 1997. *Youth, the Underclass and Social Exclusion*. Routledge, Florence, KY, USA. Available from: ProQuest ebrary. [14 February 2015].

MAREŠ, P., 2013. Sociálně vyloučené lokality. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

MAREŠ, P., 1999. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Praha: SLON. ISBN 80-85850-61-3

MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0

MATOUŠEK a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

MATOUŠEK, O., 2013b. Mládež a nezaměstnanost. *Fórum sociální práce*, roč. 1, s. 99-101. ISSN 1804-3070

MATOUŠEK, O. a kol., 2005: *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X

MATOUŠEK, O., DOLEŽEL J., 2013. Domácí historie sociální práce. In: MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H. a kol., 2014. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0697-2

MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-739-8

MOUSSOVÁ, Z., 2009. Teoretický pohled na problematiku sociokulturně znevýhodněných žáků. In: BITTNEROVÁ, D. *Vzdělávací potřeby sociokulturně znevýhodněných*. Praha: ERMAT.

MOŽNÝ, I., 2011. *Rodina a společnost*. Praha: SLON. ISBN 978-80-86429-87-8

MURÁRIKOVÁ, S., 2012. *Zdraví jako kulturologické téma*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova.

NAVRÁTILOVÁ, J., 2013. Ohrožená rodina. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

NEDBALOVÁ, R., 2010. *Integrace sociálně znevýhodněných a vyloučených skupin*. Praha: AMO.

NOSÁL, I.; ČECHOVÁ, I., 2014. *Participace a nové přístupy k práci s ohroženými dětmi a rodinami. Studie inspirované zkušenostmi ze Švýcarska*. Brno: Česko-britská o.p.s. ISBN 978-80-905598-1-3

PAZLAROVÁ, H., 2014. Rodiny s jedním rodičem – vybrané ekonomické a sociální aspekty. *Fórum sociální práce*, roč. 1, r. 108-114. ISSN 1804-3070

POLÁKOVÁ, Z., 2014. *Informovanost a postoj rodičů k zubnímu zdraví u předškolních dětí*. 3. LF UK. Bakalářská práce.

POSPÍŠILOVÁ, M., 2012. Význam preventivních programů a opatření zaměřených na snížení výskytu onemocnění dutiny ústní včetně zubní traumatologie u dětí mladšího a staršího školního věku. *Kontakt*, roč. 15, č. 1, s. 46-56. ISSN 1804-7122 Published online: 2013-03-15.

STREJČKOVÁ, A. a kol., 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ, obor zdravotnický asistent*. 1. vydání. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7168-943-0

TICKELL, C., 2012. *Families With Multiple Problems – Plugging The Gap* [online]: http://www.thersa.org/data/assets/pdf_file/0005/783527/RSA_Plugging_the_gap-Families_with_multiple_problems.pdf

TOKÁROVÁ, A., MATULAYOVÁ, T., 2013. Školní sociální pracovník. In: MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

TOMEŠ, I. a kol., 2014. *Sociální právo České republiky*. Praha: Linde Praha. ISBN 978-80-7201-938-0

TOMEŠ, I., 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-868-5

TOMEŠ, I., 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-680-3

TÓTHOVÁ, V. a kol., 2011. Komunitní sestra v péči o děti. *Kontakt*, roč. 13, č. 1, s. 18–29. ISSN 1804–7122 Published online: 2011-03-28

TOUŠEK, L., 2007. Co je to sociální vyloučení. In: ČLOVĚK V TÍSNI. *Kdo drží Černého Petra*. ISBN 978-80-86961-27-9

TRUTNOVSKÁ, R., 2013. Ohrožení rodiny v ČR – účinné strategie pomoci. *Fórum sociální práce*, roč. 2, s. 141-146. ISSN 1804-3070

UHDE, Z., 2014. Jak ocenit neplacenou práci? Feministický pohled na nepodmíněný základní příjem. *Fórum sociální práce*, roč. 1, s. 58-60. ISSN 1804-3070

VAŠEČKA, I., 2013. Menšiny ohrožené sociálním vyloučením. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

VISSER, J., DANIELS, H., COLE, T. (eds) 2012. *International Perspectives in Inclusive Education, Volume 2 : Transforming Troubled Lives : Strategies and Interventions with Children and Young People With Social, Emotional and Behavioural Difficulties*. Emerald Insight, Bradford, GBR. Available from: ProQuest ebrary. [14 February 2015].

VOCILKA, M. a kol., 1997. *Integrace sociálně a zdravotně postižených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání.

VRUBLOVÁ, Y., 2009. Oblast edukace u dětí a dospívajících v primární péči o zdraví. *Kontakt*, č. 1, s. 156-159. ISSN 1212-4117.

WAGNEROVÁ, A., 2014. Nepodmíněný základní příjem – od vize ke společenskému konceptu. *Fórum sociální práce*, roč. 1, s. 61-63. ISSN 1804-3070

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol., 2002. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0467-1

ŽÁČEK, A., 1984. *Metody studia zdraví a nemocí v populaci*. Praha: Avicenum.

10 Seznam obrázků:

Obrázek 1: Multidimenzionalita sociálního vyloučení (Toušek 2007: 7)	11
Obrázek 2: Provázanost determinant zdraví a rozhodující vliv sociálních determinant zdraví (Holčík 2010: 59)	22
Obrázek 3: Základní determinanty a hrubý odhad jejich vlivu na zdraví v procentech (Holčík 2010: 58)	23
Obrázek 4: Faktory ovlivňující zdraví (Strejčková a kol. 2007: 54)	23
Obrázek 5: Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (Zdravotnická ročenka ČR 2013: 242)	39
Obrázek 6: Věková struktura zubních lékařů (Zdravotnická ročenka Hl. m. Prahy 2013: 137).....	41
Obrázek 7: Kontakt se zubařem (Křepelková 2014: 50)	42
Obrázek 8: Přehled odpovědí na otázku "Přejete si znovuoobnovení hromadných prohlídek dětí organizovaných školami v oblasti pediatrické a zubní péče?"	98

11 Seznam tabulek:

Tabulka 1: Počet respondentů s pediatrickou praxí v jednotlivých městských obvodech.....	54
Tabulka 2: Počet respondentů se stomatologickou praxí v jednotlivých městských obvodech.....	55
Tabulka 3: Počet respondentů - rodičů z jednotlivých azylových domů	57
Tabulka 4: Četnost hlášení OSPOD	59
Tabulka 5: Počet dětských pacientů přicházejících poprvé až s bolestí (v%)	72
Tabulka 6: Počet dětských pacientů důsledně docházejících na preventivní prohlídky (v %).....	73
Tabulka 7: Srovnání výší úhrad jednotlivých stomatologických výkonů od VZP ..	84
Tabulka 8: Odpovědi na otázku "Má Vaše dítě zubní průkaz?"	89